



PROMOCIÓN DE LOS RECURSOS EXISTENTES EN MATERIA DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD GRAN VÍA.

AUTOR: PALOMA MARÍA FERRER SÁEZ

TUTOR: GONZALO PAREJA CORBI



UNIVERSITAT
JAUME·I

TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: PROMOCIÓN DE LOS RECURSOS EXISTENTES EN MATERIA DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD DE GRAN VÍA DE CASTELLÓN

ALUMNO/A: PALOMA MARIA FERRER SÁEZ

DNI: 53792685- D

PROFESOR/A TUTOR/A: GONZALO PAREJA CORBÍ

Fdo (Tutor/a):

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):

Fdo (CoTutor/a interno):

TABLA DE CONTENIDOS

I.	Resumen	4
II.	Abstract	4
III.	Extended summary	5
IV.	Introducción	7
	Antecedentes	7
	Justificación	10
V.	Objetivos	13
VI.	Materiales y Métodos	14
	Tipo de estudio	14
	Metodología	14
	Sujetos y temporalidad	14
	Etapa 1: trabajo de campo	15
	Etapa 2: diseño de intervención	16
VII.	Resultados	17
	Etapa 1: trabajo de campo	17
	Etapa 2: diseño de intervención	19
VIII.	Discusión	21
	Resumen	21
	Interpretación	22
IX.	Limitaciones	24
X.	Fortalezas	25
XI.	Recomendaciones	25
XII.	Conclusiones	26
XIII.	Bibliografía	28

I. Resumen

La Organización Mundial de la salud (OMS) reconoce que la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. Conforme a esto, el objetivo de este trabajo de final de grado (TFG) es contribuir al aumento de los recursos existentes dirigidos a población inmigrante en materia de promoción de la salud en el municipio de Castellón. Para ello, se ha empleado metodología cualitativa, es decir, se han realizado entrevistas semi-estructuradas y no estructuradas a líderes comunitarios, además de la observación de espacios. Los resultados obtenidos, denotan la necesidad de aumentar la escala participativa del centro de salud a través de la realización de un mapa de activos. En conclusión, se han identificado los generadores de la zona básica de salud haciéndolos más accesibles a la población inmigrante, reduciendo de esta manera las desigualdades en salud. Se pretende también aumentar en el nivel participativo del centro.

II. Abstract

The World Health Organization (WHO) acknowledges that health promotion allows people to have greater control over their own health. It covers a wide range of social and environmental interventions aimed at benefiting and protecting individual health and quality of life by preventing and solving the root causes of health problems, and not focusing solely on treatment and cure. According to this, the general objective of this Final Degree Project (FDP) is to contribute to the increase in existing resources directed to immigrant population in matters of health promotion in the municipality of Castellón. For this, qualitative methodology has been used, that is, semi-structured and unstructured interviews have been conducted with community leaders, in addition to the observation of spaces. The need to increase the participatory scale of the health center through the realization of an asset map has been made evident by the results. In conclusion, the generators of the basic health area have been identified, making them more accessible to the immigrant population, thus reducing inequalities in health. It is also intended to increase the participatory level of the center.

keywords: *Health; Health promotion; resources; immigrants population; inequalities in health; asset map.*

III. Extended summary

Introduction: WHO defines health as a state of complete physical, mental and social well-being, and not only as the absence of disease or illness. Health is understood from a positive perspective. This definition is reinforced by health promotion, that allows people to have greater control over their own health. The latter covers a wide range of social and environmental interventions aimed at benefiting and protecting individual health and quality of life. This is achieved by preventing and solving the root causes of health problems, and not focusing solely on treatment and cure. The 1997 Jakarta Declaration report on how to guide health promotion in the 21st century places community participation as a key element to make the process sustainable, by understanding individuals as being the center of action. It is also believed that good individual, community participation and easy access to resources and education is paramount for the empowerment of individuals and communities. The ninth World Health Conference of 2016 reaffirms health as a universal right, a basic resource, a social objective and a political priority. On that occasion, it was intended "not to leave anyone behind" betting on equity and social inclusion. At this point, we ask ourselves thanks to Antonovsky, what are the conditions or circumstances that make a person stay healthy. The social determinants of Health (SDH) aims at reaffirming the right of people to reach the highest possible level of health and helps define the concept of "equity in health" as "the absence of unfair and avoidable health differences between groups or populations defined socially, economically, demographically or geographically".

Objective: the general objective of this Final Degree Project (FDP) is to contribute to the increase in existing resources directed to the immigrant population in matters of health promotion in the municipality of Castellón de la Plana. In this way, it is intended to identify the health generating resources already available in the selected basic health area in order to highlight and exploit them, making them more accessible to the general population but above all to the immigrant population.

Methodology: for the realization of this FDP, the qualitative methodology has been used where the speech has been studied. For this, semi-structured and unstructured interviews have been conducted with different members of the community, both in person and by telephone, as well as the observation of spaces. In the same way, different websites have been visited in order to complete the necessary information.

For the design, "google maps" has been used and the following steps have been followed:

1. A gmail account has been created.

2. The basic health area corresponding to the Gran Vía health center has been delimited.
3. The available resources of the area have been added to the map.
4. The different resources in health have been described in the application itself.

Subjects: subjects have been chosen through non-probabilistic sampling, first selected by convenience and then through avalanche sampling. The interviews have been conducted through triangulation. Ten individual interviews with key informants from the community have been carried out. Among the key informants you find the social worker of the Gran Vía health center who is the nursing supervisor, a pediatrician, a family doctor, the Mediation Agency for Integration and Social Coexistence (AMICS), the director of the San daycare center Vicente Ferrer and the representative of the Colombian Hispano American Association, a single Heart. With the purpose of developing the tool for health promotion, 47 telephone interviews were conducted with workers from different institutions and 3 passive observations of the basic health area belonging to the Health Center Gran Vía were carried out.

Results: the selected basic health area has a 30% immigrant population. According to the professionals of the health center, this population presents socio-health problems that could be categorized into medical problems, toxic habits, poverty, social problems and health inequalities. The center has carried out different programs in the field of health promotion and has not a very broad associative network with which it has communication. During the interviews, the health center professionals reiterated the need of increasing the participatory level of the center (currently located at a second level) through the realization of an asset map. This proposal also aims at achieving an equitable access to resources for the general population but above all for the immigrant population.

Taking into account the temporality of the FDP, the needs in health promotion detected, the need to increase in the participatory scale of the health center and the interest in generating a finished product of quick and easy implementation in the latter, the design of an asset map has been decided.

The asset map can be found at: <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1ZYIM7dUMLNYfGn40UVbpCmdC41VJDkPM&ll=40.002887176483355%2C-0.07946042707521883&z=12>

Conclusions: the generators of health already available in the basic health area have been identified in order to facilitate access to the general population but above all, to the immigrant or vulnerable population, thus reducing inequalities in health.

According to the aforementioned bibliography, improvements have been seen in the health status of the population in socio-health problems directly related to the results obtained in the field work.

The aim is to help the population to have greater control over their health and to increase their social support network. We are pursuing in this way the autonomy and empowerment of the population in health matters.

On the other hand, we want to increase the level of community participation in the health center, allowing the health role to be transferred to the community, leaving the health professionals relegated to the background as mere technicians in the field of health promotion. That is to say, the community will be responsible for its decisions and for putting into practice acts or programs that promote health.

IV. Introducción

Antecedentes

La revolución industrial y la consecuente modernización en la sociedad occidental, conllevaron importantes cambios en las condiciones y estilos de vida, cambios que derivaron en problemas de salud para los cuáles fue necesario crear acciones comunitarias con el fin de solucionar o prevenir los grandes problemas de salud pública, olvidando la consideración de los efectos en el individuo (Bauman, 1989; Giddens, 1991)(1). De la misma manera, el avance científico-técnico en campos relacionados con la medicina (biología, química o microbiología) ayudó a profundizar en los conocimientos técnicos de la misma y de la enfermedad, desconociendo el poder de los factores psicológicos o sociales implicados en la salud (Engel, 1977 y Matarazzo, 1994)(1). Surgió entonces, el modelo biomédico, entendiéndose la enfermedad como un fallo de algún elemento del cuerpo, otorgándole así, al médico, el objetivo de diagnosticar y reparar ese error(1).

A mitad del siglo XIX, se empezó a concebir “el ideal del ser humano”, capaz gracias a la ciencia y la tecnología de eliminar todos los problemas y defectos sociales. Se llevó a tal extremo, que se consideró la posibilidad de producir seres humanos perfectos con la ciencia y el control genético, concepto conocido como eugenesia (Charles Darwin y Francis Galton)(1). De forma malentendida, esta fue la idea en la que se apoyó la ideología nazi que alcanzó el poder en Alemania. Fue en este contexto socio-cultural donde se alcanzó el máximo esplendor del modelo biomédico, despojándose de todo componente psicológico o social (1,2).

Tras dos guerras mundiales y las atrocidades cometidas por el dominio del mundo y la búsqueda de la perfección de la humanidad, surgió la necesidad de proteger a la sociedad civil dando como resultado, la creación de las Naciones Unidas y sus organismos especializados. Estos tenían como objetivo garantizar una asociación de gobiernos global, facilitando así, la cooperación en derecho internacional, la paz, la seguridad, el desarrollo económico y social. En este panorama político nació la Declaración Universal de los Derechos Humanos, propuesta impulsada por las Naciones Unidas. Refugiados por esta nueva organización, en la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York en 1946, se redacta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que entraría en vigor en 1948. En este documento la salud queda definida desde un enfoque positivo: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, contemplando así al individuo como un sistema total (modelo biopsicosocial) (3).

Teniendo como objetivo secundar la salud desde un enfoque positivo, surge la necesidad de impulsar estrategias y programas de promoción de la salud. En la primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud en Ottawa en 1986 se acuña la definición dada por la OMS en 1984: *“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”*. Esta definición fue plasmada posteriormente en la Carta de Ottawa. En este documento, se reclama a los actores sociales y sanitarios que sean capaces de *“expandir el concepto de promoción de la salud”*. Para ello, se generan cinco estrategias clave: elaborar una política pública favorable, la creación de ambientes favorables (espacios, ámbitos y/o propicios), el reforzamiento de la acción comunitaria a través de una reorientación de las funciones de los servicios sanitarios y del desarrollo de aptitudes (4).

La Declaración de Yakarta de 1997 (sobre la manera de guiar la promoción de la salud en el siglo XXI) consideró esenciales estas estrategias y áreas de acción. Existía entonces una evidencia clara de que la participación comunitaria era esencial para sostener el proceso, entendiéndose los individuos como centro de la acción de promoción de salud y de los procesos de toma de decisiones. En el informe se estima que una buena participación individual y comunitaria junto a un acceso fácil a los recursos y educación (alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario) son imprescindibles para el empoderamiento de las personas y comunidades. En Yakarta, también se objetiva la superioridad de los procesos cuando son tratados a nivel global (combinados los 5 puntos clave tratados en la Carta de Ottawa). Se generan 5 prioridades para los años posteriores: promover la responsabilidad

social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud (5).

En la novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de 2016 sobre la promoción de la salud en la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible” se reafirma la salud como derecho universal, siendo esta un recurso básico para el día a día, un objetivo social y una prioridad política compartida por todos. En esta declaración no quieren “*dejar a nadie atrás*” apostando por la equidad y la inclusión social. Uno de los puntos de interés para nuestro trabajo, tratado en la conferencia, indaga de nuevo en la necesidad de empoderar al individuo y la comunidad a través de la reorientación de los servicios sanitarios y sociales optimizando el acceso equitativo a los servicios y a la información de calidad puesto que “*los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud*”. El decimotercer punto tratado en esta conferencia, se compromete a aumentar el autocontrol de la ciudadanía sobre su propia salud y sus determinantes gracias a la tecnología digital, apoyando todavía más la realización de un mapa de activos, como recurso dinámico. Todo ello se llevará a cabo a través de decisiones políticas a favor de la salud, una buena gobernanza con cobertura sanitaria universal, transparencia y responsabilidad haciendo especial hincapié en las ciudades y el entorno de cada uno de sus barrios (planificación urbana saludable) (6).

Actualmente, “promoción de la salud” queda definida por la OMS como “*el instrumento que permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación*”(7).

De manera indirecta, la metáfora del “río de la vida” de Antonovsky (1), quedó plasmada en la Carta de Ottawa y en las posteriores modificaciones. Antonovsky, quiso comparar la salutogénesis (cómo generar salud) con el punto de vista patogénico (cómo tratar enfermedades).

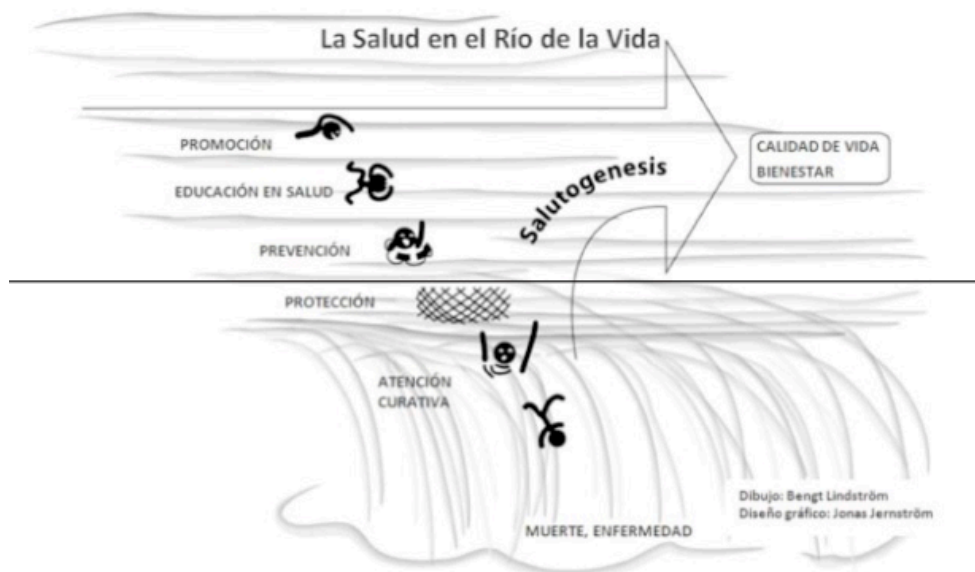


Figura1: Representación gráfica de la metáfora sobre el río de la vida. Eriksson y Lindstrom (2008) (1).

De acuerdo con el documento “Formación en salutogénesis y activos para la salud”, en la imagen se observa un río embravecido (enfermedad). Desde el punto de vista patogénico, los médicos intentarían salvar a la persona de ese río (atención curativa) sin tener en cuenta cómo ha llegado hasta allí o por qué no son buenos nadadores. Desde la perspectiva salutogénica, Antonovsky se pregunta cuáles son las condiciones o las circunstancias que se dan para que una persona aprenda a nadar bien, independientemente de la zona del río en la que se encuentre, para evitar así, ser arrastrados por la corriente (caigan enfermos) (1).

Justificación

Una vez demostrada la multifactorialidad y la pluralidad de los factores que impactan en la salud y para la comprensión de este TFG, es necesario comprender el Modelo de Determinantes sociales en salud. Este modelo pretende reafirmar el derecho de las personas a alcanzar el grado máximo de salud posible y ayuda a definir el concepto de “*equidad en salud*” como “*la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente*” (OMS, 2007). Podemos extraer de esta citación que las diferencias y desigualdades en salud son diferencias producidas por la forma en la que queda repartida la sociedad. En este sentido, el Modelo de Determinantes pone en relevancia que los contextos socio-económicos y los determinantes estructurales definidos como “*aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder y acceso a los recursos*” (OMS, 2007), generan

desigualdades en salud. Los principales determinantes son: la renta, la educación, la ocupación, la clase social, el género y la raza o etnicidad (8,9).

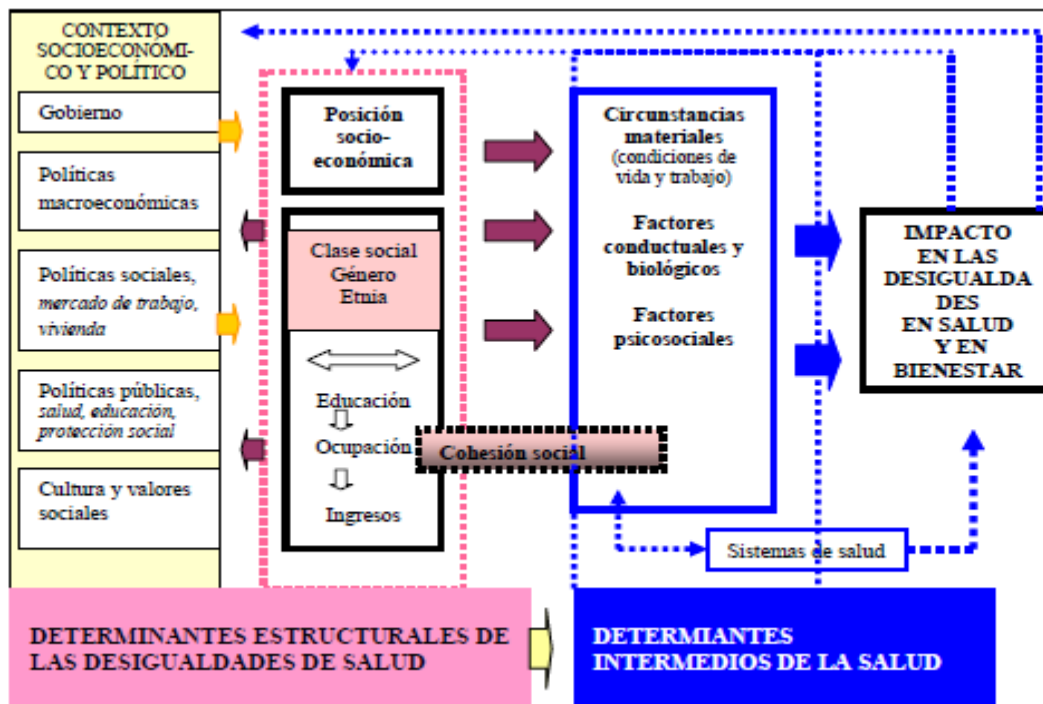


Figura 2. Marco Conceptual de los determinantes sociales de la salud. Fuente: Comisión de los Determinantes Sociales de la salud, OMS (2007)(9).

En la primera columna encontramos los diferentes niveles presentes en el contexto socioeconómico y político, entendiéndose el estado de bienestar y las políticas redistributivas como los factores más influyentes para la salud. En la segunda columna se sitúa los principales aspectos que definen la estructura social y las relaciones de clase. Estos últimos se relacionan con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. Encabezando la lista, se encuentra la posición socioeconómica, a su vez relacionada con los demás factores (ingresos, acceso a los recursos, empleo, etc). Quedan incluidos el género y la raza o etnia como elementos estructurales influyentes en la salud. La presencia de estos estratos sociales por los ingresos, el género, la etnia, la educación, la ocupación y otros, generan las desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo de forma indirecta a través de los determinantes intermedios de la salud, añadidos en la tercera columna. Las circunstancias materiales, psicosociales, los factores fisiológicos y los relacionados con los comportamientos son consecuencia de los determinantes estructurales y actúan directamente en nuestra salud. Como se puede observar, el sistema de salud se incorpora al modelo como un determinante social más (8,9).

Determinantes de diferencias en salud		Potenc. evitables	Inaceptables
1	Variaciones biológicas o naturales	NO	NO
2	Hábitos nocivos libremente elegidos	SI	NO
3	Ventajas en salud transitorias de grupos que incorporan antes conductas promotoras de salud (si otros grupos pueden adoptarlas facilmente)	SI	NO
4	Hábitos nocivos cuya elección está restringida por factores socioeconómicos	SI	SI
5	Exposición excesivos riesgos salud en medio físico y social	SI	SI
6	Acceso restringido a cuidados salud esenciales	SI	SI
7	Movilidad social descendente por causas de salud	SI (bajo ingreso)	SI (bajo ingreso)

Figura3. Esquema de de Margaret Whitehead para juzgar la (in)justicia de las Desigualdades Sociales en Salud. Extraído de la I jornada virtual de información a ONGs para programas de prevención del VIH. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social (10).

Reforzando el Modelo de Determinantes y Desigualdades Sociales, en este esquema vemos cuáles son los determinantes sociales en salud evitables e inaceptables en la actualidad.

Glasgow (Escocia) (barrio pobre)	54
India	61
Filipinas	65
Corea	65
Lituania	66
Polonia	71
México	72
Cuba	75
Estados Unidos de América	75
Reino Unido	76
Glasgow (Escocia) (barrio rico)	82

Figura 4. Esperanza de vida al nacer (varones). OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2006; Hanlon P, Walsh D y Whyte B 2006 (11).

En la figura precedente vemos un claro ejemplo de lo comentado anteriormente. Podemos apreciar como la esperanza de vida en Glasgow, en un barrio pobre, es muy inferior (54 años) a la esperanza de vida en la misma ciudad, en un barrio rico (82 años). De la misma manera, observamos cómo los países en vías de desarrollo tienen una esperanza de vida inferior a los países más desarrollados (11). Esta imagen no dista de la actualidad, según “Desigualdades en esperanza de vida entre barrios de Madrid”, artículo extraído del blog del subdirector general de prevención y promoción de la salud en Madrid, existe una diferencia de casi 7 años (rango de 78 a 84,8 años) de vida entre los residentes de unos

barrios u otros (en Sol la esperanza de vida es de 78 años y en Alameda de Osuna de 84,8 años)(12).

Para comprender los objetivos de este TFG, es necesario entender qué es un activo para la salud. Según Mariano Hernán en “Formación en salutogénesis y activos para la salud”, *“un activo para la salud es un recurso que potencia la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar”*, es decir, es un medio a través del cuál generamos salud. Podemos sacar en claro que estamos ante un modelo salutogénico, dónde la estrategia se centra en promover y optimizar los medios ya existentes para una buena salud(1).

V. Objetivos

Este trabajo pretende identificar los recursos generadores de salud ya disponibles en la zona básica de salud seleccionada con el fin de resaltarlos y explotarlos, haciéndolos así, más accesibles a la población general pero sobre todo a la población inmigrante. Se pretende facilitar de esta manera el acceso a los recursos ya existentes en la comunidad, necesarios para el desarrollo de una vida saludable y de esta manera *“enseñar a nadar a los individuos”* de acuerdo con la metáfora del río de la vida. Se busca el empoderamiento individual, reforzando el auto-control de la salud, presentando de esta manera el grado máximo de salud posible de cada uno.

a. Objetivo General: Contribuir al aumento de los recursos existentes dirigidos a población inmigrante en materia de promoción de la salud en el municipio de Castellón de la Plana.

b. Objetivos específicos:

1. Identificar espacios de la ciudad de Castellón en los que exista una presencia de población inmigrante alta.
2. Analizar las necesidades de promoción de la salud de una de las zonas de salud identificadas.
3. Aumentar los recursos dirigidos a población inmigrante en materia de promoción de salud de la zona seleccionada, de acuerdo con las necesidades planteadas por el centro de salud (CS) de referencia.

VI. Materiales y Métodos

Tipo de estudio

Una vez demostrada la multifactorialidad, la intersectorialidad y la multidisciplinariedad de los determinantes que influyen en la salud del individuo y la población, se debe considerar que diferentes disciplinas y diferentes profesionales ejerzan un papel importante en la salud. La salud será entonces objeto de estudio y de intervención (13).

De acuerdo con la Revista Española de Salud Pública, la pluralidad de los determinantes que influyen en nuestra salud hace necesaria la aplicación de una metodología distinta a la epidemiológica tradicional. Hablamos entonces de la metodología cualitativa, empleada en este TFG, donde el elemento de estudio serán los discursos. La herramienta empleada será el análisis y la interpretación del lenguaje en contraposición a la metodología epidemiológica tradicional dónde sería necesaria la cuantificación (13).

Metodología

La metodología seleccionada para la recogida de datos será la realización de entrevistas individuales semiestructuradas y no estructuradas, tanto presenciales como telefónicas, y la observación pasiva de espacios(14). Se emplearán distintas páginas webs para completar la información necesaria. Además, para diseñar la herramienta seleccionada para aumentar los recursos en el área de salud se empleará “google maps”.

Sujetos y temporalidad

Los sujetos se han escogido de forma no probabilística realizándose de esta manera (15):

- Un muestreo por conveniencia: los sujetos se seleccionan por conveniente accesibilidad y proximidad para el investigador.
- Un muestreo por avalancha: se pide a los informantes elegidos en el primer muestreo que recomienden posibles participantes.

Las entrevistas se han realizado mediante triangulación, es decir, se ha hecho una colecta de datos a distinto nivel profesional. Disponemos de 10 entrevistas individuales a informantes clave de la comunidad con el objetivo de identificar las necesidades del área de salud en materia de promoción de la salud. Entre los informantes clave se encuentra la trabajadora social del CS Gran Vía (3 entrevistas), la supervisora de enfermería (1 entrevista), una pediatra del CS (1 entrevista), una médico de familia (1 entrevista), la Agencia de Mediación para la Integración y la Convivencia Social (AMICS) (2 entrevistas), la directora de la guardería San Vicente Ferrer (1 entrevista) y la representante de la

Asociación Colombiana Hispano Americana un solo Corazón (1 entrevista). Teniendo como finalidad la elaboración de la herramienta en promoción de salud, se han realizado 47 entrevistas telefónicas a trabajadores de distintas instituciones y 3 observaciones pasivas de la zona básica de salud perteneciente al CS Gran Vía.

	ENTREVISTAS INDIVIDUALES		OBSERVACIÓN PASIVA	HERRAMIENTA GOOGLE MAPAS
	PERSONALES	TELEFÓNICAS		
NÚMERO	10	47	3 salidas	
DURACIÓN	25"x 7 4h15mins.	10" x 47 8h	5 h x 3 15 h	45 h

Figura 5. Resumen metodología y temporalidad. Elaboración propia.

Etapa 1: trabajo de campo

En la primera fase del TFG, se llevó a cabo un trabajo previo de identificación de espacios de la ciudad de Castellón en los que existía una presencia de población inmigrante alta. Para ello, se realizó un listado de entidades relacionadas con el trabajo de integración y atención para la población inmigrante. Finalmente se escogió la Agencia de Mediación para la Integración y La Convivencia Social (AMICS) dada su mayor relación con la administración pública y su larga experiencia en la ciudad de Castellón. A través de la realización de una entrevista no estructurada, se elaboró un listado con las zonas identificadas.

En la segunda fase, se seleccionó una de las áreas de salud identificadas de acuerdo a los criterios de accesibilidad y experiencia en el ámbito de promoción de la salud de la trabajadora social (TS) del CS correspondiente. Con arreglo a una primera entrevista con esta, se llevaron a cabo entrevistas con distintos profesionales del CS Gran Vía, para comprobar la credibilidad de los datos, y con los líderes comunitarios de referencia de la zona de salud seleccionada. Las entrevistas se realizaron con el fin de conocer las necesidades existentes en promoción de la salud de la zona.

El primer contacto consistió en una entrevista semiestructurada basada en la guía “¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?” de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)(16). El cuestionario puede encontrarse en el Anexo nº 1. Las siguientes reuniones se plantearon en base a los resultados obtenidos en el CS usando como método la triangulación de profesionales, es decir, se colectaron los datos en distintos niveles.

En una tercera fase, se propusieron las diferentes alternativas de intervención en base a las necesidades detectadas durante la segunda fase, decidiéndose, la realización de un mapa de activos.

Etapas 2: diseño de intervención

De acuerdo con los resultados adquiridos en el trabajo de campo, se procede al diseño de un mapa de activos en la zona de salud seleccionada. Para ello se emplea la herramienta “Google maps”:

1. Se establece una cuenta de gmail: mapadeactivostfg@gmail.com.
2. Se acota la zona del centro de salud.
3. Se añaden al mapa los recursos disponibles de la zona.
4. Se describen los recursos disponibles en materia de salud.

El mapa de activos en salud del CS Rafalafena se ha tomado como referencia para la selección de los diferentes ítems incluidos en el mapa (17). De la misma manera, algunos recursos se han añadido con un listado proporcionado por el CS Gran Vía (18). Además, se ha realizado una observación pasiva de la zona con la finalidad de incorporar todos los recursos activos en salud:

- Recursos sanitarios.
- Recursos educativos.
- Recursos sociales.
- Asociaciones/Fundaciones.
- Recursos deportivos.
- Recursos físicos.
- Recursos religiosos y culturales.

En última instancia, considerando el Informe de Desfibrilación Semiautomática en España, en el que se recomienda el establecimiento de desfibriladores automáticos (DEAS) o semiautomáticos (DESAS) en espacios públicos o en lugares de concentración de personas de elevado riesgo de padecer un accidente cardiovascular (19), las recomendaciones de la OMS para la mejora de la calidad del aire (uso del transporte público, bicicleta o a pie) (20) y la mejora de los hábitos nutricionales (21), la autora de este TFG, en consenso con la trabajadora social, deciden la inclusión de los siguientes ítems:

- Recursos de cardioprotección.
- Servicios de transporte público.
- Servicios de alimentación.

VII. Resultados

Etapa 1: trabajo de campo

En la primera fase, AMICS indicó que las zonas con mayor presencia de población inmigrante de la ciudad de Castellón son las que corresponden a los centros de salud de Gran Vía, CS Raval y CS Grao.

En la segunda fase de este trabajo, se seleccionó el área del CS Gran Vía de acuerdo con las recomendaciones realizadas por los trabajadores de AMICS, además de la accesibilidad y experiencia en el ámbito de promoción de la salud de la trabajadora social del centro.

En las entrevistas realizadas en el seno del centro de salud obtuvimos los siguientes resultados:

1. Existe un 30% de población inmigrante.
2. Los problemas sociosanitarios detectados por los profesionales del centro se pueden categorizar en:
 - Problemas médicos: *“patología crónica”, “depresión”, “ansiedad”, “malnutrición”, “infecciones”, “enfermedades de transmisión sexual”.*
 - Hábitos tóxicos: *“alcoholismo”, “tabaquismo”, “drogodependencia”.*
 - Pobreza: *“bajos recursos”, “salarios mileuristas”, “participación de parientes en la economía de los jóvenes”, “dificultad para la vivienda”, “paro en edad juvenil”.*
 - Problemas sociales: *“barrera lingüística”, “barrera cultural”, “rechazo a la integración”, “bajo nivel académico”, “soledad”, “familias desestructuradas”, “desconocimiento del área en la que habitan”, “dependencia”.*
 - Desigualdades en salud: *“desinformación”, “dificultades en el acceso”, “no comprensión del sistema sanitario”, “no comprensión del manejo en la patologías”, “barrera comunicativa”, “no participación”.*
3. Los programas de intervención comunitaria que se han llevado a cabo por el centro son:
 - Charla de RCP y primeros auxilios en el colegio público Gregal.
 - Programa de Parentalidad Positiva realizado en el Colegio privado de educación infantil de primer ciclo San Vicente Ferrer (en una visita y entrevista a la directora del centro se comentó que sólo habían tratado “la alimentación saludable”).
 - Programa de educación sexual en el Instituto Vicent Castell y Domenech.

- Charla de cuidados básicos en segundo de primaria en el Colegio Juan Ripollés.
 - Charla de diabetes mellitus en el colegio Juan Ripollés.
4. El tejido asociativo con el que cuenta el Centro de Salud Gran vía está formado por:
 - Asociación de apoyo a la lactancia materna (Mamare).
 - Asociación Castellonense para la defensa de la vida (autoayuda enfermedad).
 - Asociación Colombiana Hispano Americana Un Solo Corazón.
 5. El centro de salud se encuentra en un segundo nivel de participación de acuerdo con la guía de la semFYC (16). Este nivel de participación se traduce en que los ciudadanos no tienen la posibilidad de influir en la toma de decisiones respecto a su salud. El centro posee otro espacio de comunicación además de la consulta (ej: charlas, buzón de sugerencia, etc.) y dispone de trabajadora social con cita previa para tratar problemas sociales. Además, existe un programa socio-sanitario de asistencia domiciliaria y en ocasiones charlas para la mejora de la salud. Nadie duda que el control de la salud está en los sanitarios y el Centro de Salud. Existe cierta sensibilidad a la comunidad, a lo social pero con orientación asistencial (16).

En este sentido, los profesionales del centro de salud reiteran la necesidad de aumentar en esta escala participativa a través de la realización de un mapa de activos, *“la elaboración de un mapa es necesaria porque los centros de salud deben proyectar su trabajo hacia la comunidad, conocer las distintas asociaciones, la problemática de la población y realizar un trabajo multidisciplinar para promocionar la salud con la participación de todos”, “necesitamos elaborar un tejido asociativo real y comunicativo”*.

Teniendo en cuenta los resultados de esta primera entrevista se decide visitar el centro Educativo San Vicente Ferrer, guardería dedicada a niños en situación de vulnerabilidad. La directora, indicó que *“la asistencia de los niños con enfermedad es el único problema sociosanitario visible”* en el seno de la institución.

A través de AMICS, se contacta con la Asociación Colombiana Hispano Americana un Solo Corazón dada la presencia de población inmigrante en esta entidad. El Centro es multicultural y multirracial (10 nacionalidades distintas) y está destinado a la adaptación cultural e integración social de los niños y familias. Además según la representante del centro tiene como objetivo claro, *“la persistencia de estos niños en educación primaria, secundaria y de estudios superiores”*. La directora del centro plantea la necesidad de realizar un programa de Parentalidad Positiva reforzando aquellos aspectos más relevantes para las familias.

En una tercera fase, se comentan los resultados de las entrevistas con la TS del CS con la finalidad de elaborar un diseño adecuado a las necesidades detectadas en promoción de la salud. De acuerdo con la temporalidad del TFG, las necesidades en promoción de la salud detectadas, la necesidad de aumentar en la escala participativa del CS y el interés de la trabajadora social en un producto finalizado de fácil y rápida instauración en el centro de salud, se decide el diseño de un mapa de activos.

Etapa 2: diseño de intervención

De acuerdo con los resultados adquiridos en el trabajo de campo, se procede al diseño de un mapa de activos en la zona de salud seleccionada. Para ello se emplea la herramienta “Google maps”:

1. Se establece una cuenta de gmail: mapadeactivostfg@gmail.com.
2. Se acota la zona del centro de salud:

La zona básica de salud está delimitada por las calles siguientes: Gran Vía de Tárrega Monteblanco, parte de la calle del Músico Pascual Asensio Hernández, calle Peri 4 Letra B, parte de la calle de Manuel Azaña, calle Juan Ramón Jiménez, parte de la calle del Padre Jofre, parte de la avenida del Dr. Clarà, parte de la avenida de Villa-real, la calle de Enmedio, parte de la avenida de Enrique Gimeno, parte de la avenida de Ribesalbes y de la calle de la carretera de Ribesalbes, parte de la carretera nacional N340 y de la carretera cs-22.

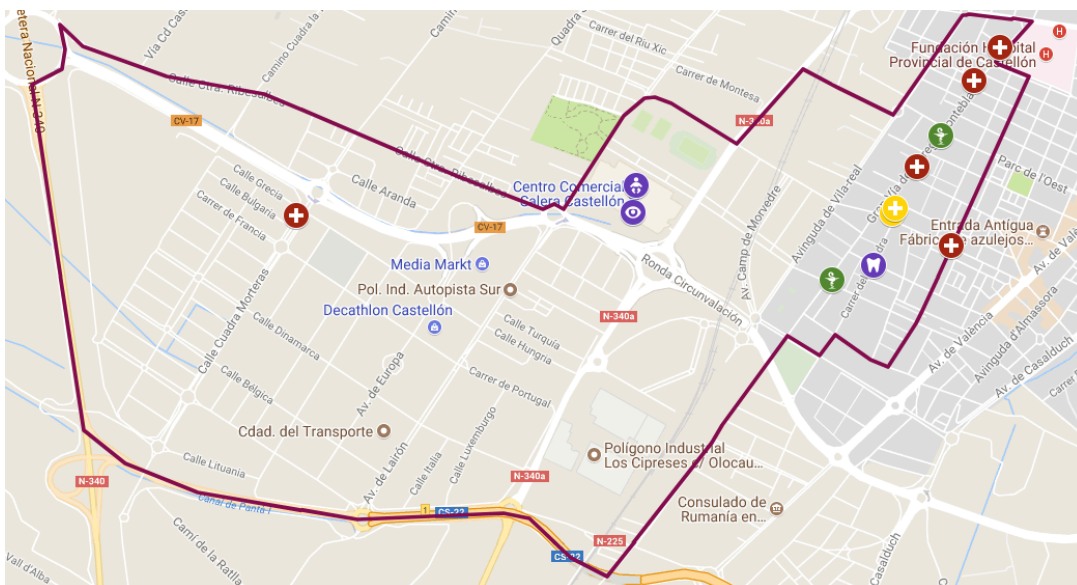


Figura 6. Zona básica de salud. Elaboración propia.

3. Se añaden al mapa los recursos disponibles de la zona:



Figura 7. Recursos disponibles. Elaboración propia.

4. Descripción de los recursos disponibles:

En última instancia se realiza una investigación y observación exhaustiva de los diferentes recursos, con la finalidad de incluir en el mapa las descripciones de cómo intervienen de manera positiva en la salud.



Figura 8. Mapa de activos: ejemplo descripción de una entidad. Elaboración propia.

Los ítems del mapa se han incluido tomando como referencia el mapa de activos del CS de Rafalafena (17), un listado proporcionado por el CS (18), además de la realización de una observación pasiva de la zona con la finalidad de incorporar todos los recursos activos en salud. La leyenda del mapa se adjunta en el anexo 2.

En última instancia, para la localización de los DESAS y DEAS pertenecientes a instituciones no dependientes de la diputación, se han realizado 47 entrevistas telefónicas. De estas entrevistas se obtiene que el área básica de salud cuenta con 13 dispositivos de gestión privada repartidos en 10 instituciones. De la misma manera, se evidencia que sólo 6 entidades están interesadas en cubrir esta necesidad. La entrevista se adjunta en el anexo 3.

El mapa de activos en salud se puede consultar en: <https://drive.google.com/open?id=1ZYIM7dUMLNYfGn40UVbpCmdC41VJDkPM&usp=sharing>

En un último encuentro con la TS se decide la realización de una “charla”, que se realizará en Junio, a la que acudirán los distintos profesionales del centro y los distintos líderes comunitarios del área básica de salud para presentar la herramienta y explicar su utilidad.

VIII. Discusión

Resumen

La zona básica de salud del CS Gran Vía dispone de un área de 4 km² en la que se distribuyen 11 536 personas, siendo el 30% población inmigrante. En el mapa se puede visualizar la repartición asimétrica de los recursos justificada por una densidad poblacional más elevada en las inmediaciones del centro de salud.

De acuerdo con los profesionales del CS Gran Vía, se han detectado dificultades sociosanitarias en la población que nos ocupa, categorizadas en problemas médicos, hábitos tóxicos, pobreza, problemas sociales y desigualdades en salud. En el mismo sentido reiteran la necesidad de crear un órgano comunitario representativo de la población, un mapa de activos en salud.

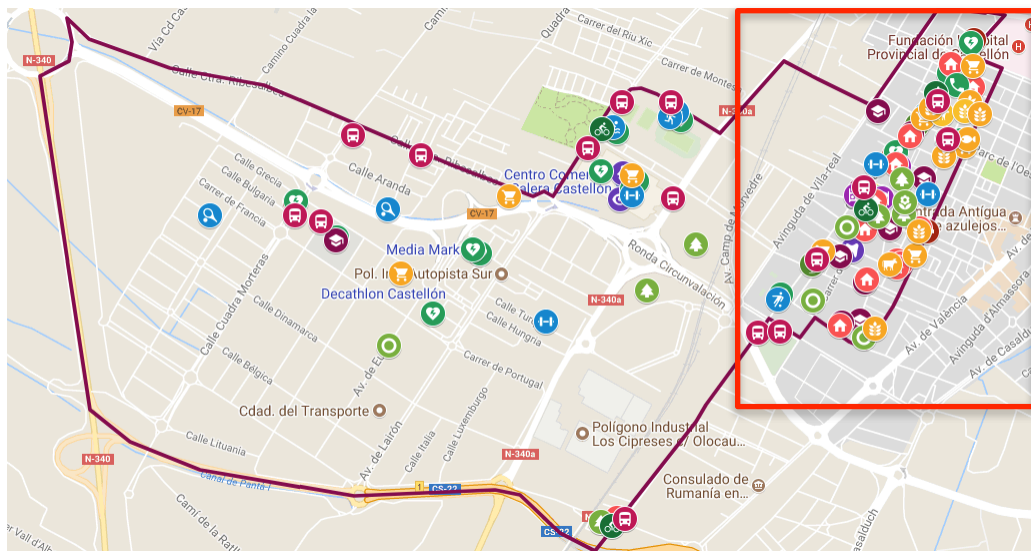


Figura 9. Mapa de activos: distribución asimétrica de los recursos. Elaboración propia.

A través del mapa, se puede observar que la superficie cuenta con múltiples recursos en positivo a la salud. Podemos fraccionarlos en dos tipos:

- Recursos sanitarios: en este bloque se adscriben los nombrados en el mapa como “recursos sanitarios” y los recursos de cardioprotección (DEAS/DESAS). Este apartado influye de forma directa en la salud.
- Recursos no sanitarios: en esta ocasión se incluyen los recursos educativos, los recursos sociales, los recursos físicos, las asociaciones/fundaciones, los servicios de alimentación y los servicios de transporte público, siendo determinantes estructurales e intermediarios estructurales de la salud.

Interpretación

La teoría de la salutogénesis definida por Antonovsky pone énfasis en el origen de la salud en preguntas como: “¿Qué ocurre para que algunos prosperen y otros enfermen en situaciones similares?”. En esta línea se intenta identificar los factores necesarios para que las personas se mantengan sanas y saludables. Se presentan de esta manera, los “recursos generales de resistencia” que son “los factores biológicos, materiales y psicosociales que facilitan a las personas percibir sus vidas como consistentes, estructuradas y comprensibles”, como se define en la guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares (22). Son típicos el dinero, el autoestima, los hábitos saludables, el apoyo social, el capital cultural, el conocimiento, la inteligencia, etc. Sin embargo, lo que impacta directamente en nuestra salud es la capacidad que uno mismo posee para utilizar dichos recursos, “sentido de la coherencia” (22).

Tomando como referencia la Guía ampliada para la recomendación de activos (prescripción social) en el sistema sanitario de Asturias, la recomendación de activos es *“el proceso mediante el cual el profesional de la salud, en el marco de la relación terapéutica, identifica y selecciona junto con la persona que acude a consulta, aquellos activos de salud disponibles en su comunidad que podrían ser beneficiosos para mejorar su salud”* (23). De esta manera, los recursos ya presentes en la comunidad fortalecerían la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar su salud física, psíquica y social, contrarrestando también situaciones de estrés.

La Guía ampliada para la recomendación de activos sostiene que esta estrategia forma parte del modelo de atención biopsicosocial, incorporando el modelo de salutogénesis (salud en positivo) y explorando los recursos individuales de la persona, sus redes de apoyo y los recursos comunitarios ya existentes (23). Al realizarse en el marco de una relación asistencial, complementa la atención sanitaria desde un enfoque holístico.

La recomendación de activos es una herramienta complementaria que permite ampliar el abanico de recursos terapéuticos no farmacológicos como se refleja en el discurso de la trabajadora social, *“con el mapa de activos, los profesionales sanitarios y otros expertos en salud podrán, además de indicar el tratamiento farmacológico que sea necesario, prescribir rutas saludables, gimnasia en la asociación de mayores, lectura o entrenamiento de memoria en el centro de mayores, o ir a establecimientos específicos a comprar productos frescos, etc. Teniendo siempre en cuenta las necesidades del paciente en cuestión”*.

Estaremos ante una reflexión compartida entre el personal sanitario y la persona que acude a consultas. De la misma manera, se ayudará a la persona a utilizar de forma adecuada los servicios ya existentes en su comunidad, a analizar el efecto beneficioso de estos en su salud y se le apoyará en la búsqueda de alternativas terapéuticas. De este modo la persona valorará más el recurso, aumentará su adherencia terapéutica y desarrollará más su *“sentido de la coherencia”*.

A partir de la Guía ampliada para la recomendación de activos (prescripción social) en el sistema sanitario de Asturias, entre las mejoras que se pueden producir en la salud de las personas, que afectan directamente a nuestros resultados, podríamos destacar (23):

- Reducción del aislamiento social y de la soledad.
- Aumento de la autoestima y confianza, sentido de control y empoderamiento.
- Mejoras en el bienestar psicológico o mental.
- Disminución de síntomas de ansiedad y/o depresión y del estado de ánimo negativo.

- Aumento en la sociabilidad, habilidades de comunicación y conexiones sociales.
- Mejoras en la salud física y un estilo de vida más saludable (aumento de actividad y modificación de hábitos).
- Adquisición de aprendizajes, nuevos intereses y habilidades, incluyendo habilidades artísticas.
- Mayor conocimiento de los recursos existentes en el área básica de salud.

En base a las mejoras, las personas que se podrían beneficiar sería: personas en situación de aislamiento social, personas de edad avanzada, hiperfrecuentadoras del sistema sanitario asociado a causas no sanitarias, personas con problemas leves de salud mental y malestar emocional (también en patología grave), personas que expresan malestares de forma intermitente o crónica, pacientes con patología crónica relacionada con el estrés o la ansiedad (síndrome del colón irritable, fibromialgia o fatiga crónica), así como personas con patologías crónicas de diferentes niveles de complejidad que requieren un abordaje más integral e inmigrantes recién llegados a Castellón.

IX. Limitaciones

La validez externa del estudio es débil puesto que los resultados no son generalizables a la población general.

La muestra es homogénea por lo que los resultados no se contradicen, lo que implica en investigación cualitativa una disminución de la credibilidad de los resultados.

Las entrevistas clínicas no han sido grabadas por lo que se ve alterada la confirmabilidad de los resultados, es decir, otro investigador se verá dificultado para llegar a los mismos resultados y conclusiones.

La bibliografía en cuanto a la recomendación de activos es escasa.

Para la realización de un buen abordaje integral, se necesita una buena relación terapéutica con el individuo y la realización de una adecuada entrevista clínica, indagando en la esfera socioeconómica, psicológica y física del paciente. Sin embargo, esto a veces resulta imposible, dado el tiempo cada vez más limitado de las consultas y el aumento en la demanda de atención primaria. La actuación acaba dirigiéndose a una necesidad específica de los individuos.

En este mismo punto encontramos que no hay disponibles protocolos de seguimiento y evaluación del impacto de un activo de salud en el bienestar de una persona. Por otro lado, no existen tampoco mecanismos formales de recomendaciones o derivaciones (23).

X. Fortalezas

La credibilidad de los datos es alta puesto que se ha empleado triangulación a distinto nivel profesional, además de transcripciones textuales para respaldar los significados y la interpretación de los datos. Además se han hecho entrevistas de 25 minutos aproximadamente y de forma reiterada para algunos profesionales por lo que la dedicación en la obtención de los datos es prolongada.

El estudio denota una buena confirmabilidad puesto que se han descrito las características de los informantes además de su proceso de selección. De la misma manera se han analizado las entrevistas de forma fiel a las transcripciones.

Las fortalezas a plantear del estudio es que nos encontramos ante una herramienta de promoción de la salud lista para su uso y de fácil y rápida instauración en el Centro de Salud que nos ocupa.

Por otra parte, no debemos olvidar que se trata de un recurso dinámico, es decir, los cambios en la comunidad se verán reflejados de forma inmediata o casi inmediata si el personal responsable del mapa se mantiene informado.

En la misma línea del punto anterior, debemos recordar que estamos ante un recurso público y de libre acceso que podrán utilizar múltiples entidades, incluso la población de forma individual.

El coste del trabajo es cero ya que se ha empleado una herramienta gratuita (google maps) y se ha hecho un trabajo de investigación y observación de la zona. Además en los estudios anteriormente comentados, se han visto mejoras en la salud de los pacientes, por lo que la relación coste-efectividad es alta.

XI. Recomendaciones

En un primer momento, se detectó la necesidad de realizar un programa de Parentalidad Positiva en la Asociación Colombiana Hispano Americana un solo Corazón. Por esta razón

una de las recomendaciones será la realización de este programa a través de la Asociación de estudiantes de Medicina de la UJI (HCEM), a la cual ya se le ha comunicado, apoyado por el Centro de salud.

Se recomienda también la incorporación del enlace del mapa de activos en todas las redes sociales disponibles del Centro de Salud Gran Vía además de la inclusión en la página web de dicho centro, con el fin de garantizar una correcta visibilidad de la herramienta.

Las recomendaciones de activos no sólo deben quedarse en el seno de la comunidad sanitaria, también deben llevarse a cabo por profesionales del ámbito educativo, técnicos municipales (patronato deportivo, oficina de información juvenil, oficina de atención al mayor, etc), asociaciones y personas clave de la comunidad. De la misma manera, sería interesante la conexión de estos ámbitos y el trabajo conjunto y de manera integrada.

Anteriormente comentábamos que estábamos ante un recurso dinámico, es por ello que se recomienda la existencia de un feedback por parte de la población y/o de las diferentes entidades existentes en el mapa con el responsable de la edición de este en el Centro de Salud para así poder reflejar los cambios de la comunidad.

XII. Conclusiones

En conclusión, se han identificado los generadores de salud ya disponibles en la zona básica del CS Gran Vía haciéndolos así más accesibles a la población general, pero sobre todo a la población inmigrante o en situación de vulnerabilidad. De esta manera, se pretende una reducción de las desiguales en salud encontradas en el estudio.

Teniendo en cuenta la bibliografía consultada, se han visto mejoras en el estado de salud de la población en relación a cuestiones sociosanitarios directamente relacionadas con los problemas extraídos de las entrevistas en el trabajo de campo. A falta de un seguimiento de esta herramienta, se pretende aumentar en el estado de salud del cupo poblacional inmigrante del centro de salud Gran Vía.

Al tratarse de un abordaje integral, como refleja de forma indirecta la trabajadora social, esta práctica ayudará a la población a tener un mayor control de su salud, a mejorar su red de apoyo social, sobre todo en familias en situación de vulnerabilidad, y a disminuir la medicalización de algunos problemas de salud. Hablaremos entonces de autonomía y empoderamiento de la población, pudiendo alcanzar de esta manera, el grado máximo de salud posible de cada uno.

Por otra parte, de acuerdo con la guía de la semFYC (16) se podrá aumentar en el nivel de participación comunitaria del CS donde el tejido asociativo, los ciudadanos, el centro de salud y otros recursos dispondrán de un órgano representativo de la comunidad. A través de este órgano y con un trabajo conjunto de los recursos disponibles de forma directa o indirecta en materia de salud, se podrá traspasar el protagonismo a la comunidad, siendo esta responsable de las decisiones en salud. Los sanitarios estarán al servicio de la comunidad como técnicos y profesionales en salud recayendo la promoción de la salud en la propia comunidad. Al aumentar la participación comunitaria del centro de salud y tener un mapeo de los recursos activos de la zona básica de salud, se favorecerá la puesta en marcha de futuras acciones en positivo a la salud así como su exitosa instauración (16).

“La participación comunitaria es un proceso continuo de implicación de la comunidad para mejorar sus condiciones sociales y calidad de vida, que tiene inicio en un momento determinado pero que no tiene fin” (16).

XIII. Bibliografía

1. Mena ÁL, Morgan A, Hernán M. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. Disponible en: <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=Mt5ob3RsaW5r1>.
2. Villela Cortés F, Salgado L, E J. Eugenesia: Un análisis histórico y una posible propuesta. Acta bioethica. noviembre de 2011;17(2):189-97.
3. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf1.
4. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [Internet]. Ottawa: OMS; 1986 nov. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
5. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. [Internet]. Yakarta: OMS; 1997 jul. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
6. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Internet]. Shanghai: OMS; 2016 nov. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf1>.
7. OMS | ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. WHO. [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
8. Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet]. Geneve: OMS; 2017 abr. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
9. Sanchón M. Modelo de Determinantes Sociales y Desigualdades en Salud [Internet]. Universidad de Cantabria; Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/965/course/section/1090/Modelo%2520de%2520determinantes%2520sociales%2520y%2520desigualdades%2520en%2520salud.doc>.
10. Jornada virtual de información sobre subvenciones a ONGs para programas de prevención del VIH. Desigualdades en salud. [Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 jul. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ong/pdfs/desigualdadesSalud.pdf>
11. Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. OMS; 2008 ago. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf?ua=1
12. Pozo JS del. Desigualdades en esperanza de vida entre barrios de Madrid [Internet]. Salud Pública y otras dudas. 2015 [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <https://>

saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/11/01/desigualdades-en-esperanza-de-vida-entre-barrios-de-madrid/

13. Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en salud pública. Rev Esp Salud Pública. abril de 1995;69(2):145-9. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_2_145.pdf
14. Vivar CG, McQueen A, Whyte DA, Canga Armayor N. Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. Index de Enfermería. diciembre de 2013;22(4):222-7.
15. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
16. Coloma Astray L, Pastrana Aguiló E, Belver Cebriá A, López Martín M, Sabroso ML, Montaner Gomis I, et al. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? [Internet]. semFYC; Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/recomendacionesPACAP.pdf>
17. Ruiz E, Carrasco E. Mapa de activos en salud. Rafalafena | Docencia Rafalafena [Internet]. [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.google.com/maps/@43.4666667,-8.4666667,15z>
18. Recursos sociales. Zona básica de salud Gran Vía. Generalitat Valenciana.
19. Desfibrilación semiautomática en España. [Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007 sep. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Informe_uso_Desfibriladores_sep_07.pdf
20. OMS | Los efectos sobre la salud [Internet]. WHO. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/health_impacts/es/index7.html
21. Alimentación sana [Internet]. World Health Organization. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
22. Cabeza E, Artigues G, Riera C, Gómez MM, García E, Vidal C, et al. Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares. Consejería de salud (Dirección General de Salud Pública y Servicio de Salud de las Islas Baleares).
23. López S, Suárez Ó, Cofiño R. Guía ampliada para la recomendación de activos («prescripción social») en el sistema sanitario. [Internet]. Principado de Asturias; Disponible en: http://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf

ANEXO 1:

ENTREVISTA DE ACUERDO CON LA GUÍA DE LA SEMFYC:

Temas tratados:

1. Población:

- ¿Con cuánta población vulnerable/ inmigrante cuenta este centro de salud?

2. Problemática social o de salud de la población:

- ¿Cuáles son problemas de salud/Sociales que destacaría de esta población?.

3. Red de apoyo asistencial y recursos disponibles en la comunidad:

- ¿Cuál es la red de apoyo asistencial? ¿Cuáles son los recursos disponibles en la comunidad?
- ¿Se ha diseñado algún programa de intervención comunitaria con este tejido asociativo?

4. Participación comunitaria:

Nivel de participación en el que se sitúa el centro de salud:

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	CUARTO NIVEL
Ciudadanos no tienen posibilidad de influir en la toma de decisiones acerca de su salud.	Ciudadanos no tienen posibilidad de influir en la toma de decisiones acerca de su salud.	Salud sigue siendo de la exclusiva competencia del centro de salud y de los sanitarios.	El tejido asociativo y los ciudadanos han constituido un órgano comunitario representativo y capaz de protagonizar un proceso de participación de tipo global.
Profesionales: atención individual espontánea en consultas.	Ciudadanos poseen otro espacio de comunicación además de la consulta (ej: charlas, buzón de sugerencias, etc).	Grupo de profesionales, con la no oposición del resto, ha realizado una aproximación al diagnóstico de salud ayudados por un técnico de salud pública del área, y han extraído unas conclusiones.	El centro de salud, junto con otros recursos sociales y tejido asociativo, han puesto en marcha un programa de promoción de la salud.

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	CUARTO NIVEL
Ciudadano cliente.	Trabajadora social, cita previa y problemas sociales.	Se han priorizado problemas y se han puesto en marcha grupos de autoayuda.	Se ha hecho un diagnóstico de salud y prioridades compartidas.
No se tiene en cuenta sus condicionantes familiares ni sociales.	Programa socio-sanitario de asistencia domiciliaria y en ocasiones charlas.	El centro de salud se ha planteado más proyectos para el futuro. Por ese motivo se han puesto en contacto con los representantes del tejido asociativo y con profesionales de otros servicios.	El centro de salud, junto a otros servicios y profesionales participa en el proceso como técnicos, asesores, dinamizadores facilitadores del mismo. El protagonismo ya no está en el centro de salud, el cual propone iniciativas o recibe propuestas de la comunidad para poner en marcha programas de salud, muchas veces de forma interdisciplinar con otros servicios de la comunidad.
	Nadie duda que el control está en los sanitarios y el CS. Cierta sensibilidad a la comunidad, a lo social pero con orientación asistencial.	Consejo de salud como instrumento de participación de los ciudadanos.	Los ciudadanos y el tejido asociativo tienen una real capacidad de influencia y decisión.

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	CUARTO NIVEL
		<p>Hay una evidente preocupación de algunos sanitarios por la promoción de la salud y la intervención comunitaria. Hay una llamada a la participación de la comunidad, pero sobre aquellos problemas que el centro de salud ha definido. El consejo de salud se mantendrá en función del voluntarismo de los sanitarios que lo están “manteniendo” con una participación formal de algunos dirigentes del tejido asociativo.</p>	<p>La intervención comunitaria están centradas en la propia comunidad.</p>

ANEXO 2:

Recursos disponibles CS Gran Vía. Elaboración propia.

RECURSOS SANITARIOS	Centro de Salud Gran Vía Centro de Salud Mental Infantil II
	Farmacia Carceller Martínez Farmacia María Dolores Monzones Alcón
	Valdent S.L
	Óptica Soloptical Castellón Salera
	Sala de lactancia
	Asepeyo Castellón Unipresalud Oficina Seguros Mapfre Unimat Prevención S.L Fraternidad Mupresa
	CARDIOPROTECCIÓN

Recursos disponibles CS Gran Vía. Elaboración propia.

<p>RECURSOS EDUCATIVOS</p>	<p>La marieta Escuela Infantil Guardería Chiccos Escola infantil l'Om Guardería San Vicente Ferrer Col·legi Públic Juan G. Ripollés Col·legi Públic Mestre Antonio Armelles Domènech Col·legi Públic Gregal IES Vicent Castell i Domènech Universidad CEU Cardenal Herrera - Campus Castellón Esorib, Centro de Formación Profesional Centre d'estudis La Plana (Academia)</p>
<p>RECURSOS SOCIALES</p>	<p>Centro de Acogida San Vicente Ferrer Centro de Atención a personas con dependencia Gran Vía Centro de Jubilados y Pensionistas Maset Blau-San Miguel Centro de Atención Temprana ASPAS Castellón</p>

Recursos disponibles CS Gran Vía. Elaboración propia.

<p>ASOCIACIONES/ FUNDACIONES</p>	<p>Asociación de Padres y Amigos del Sordo (ASPAS) Castellón. Asociación Colombiana Hispano Americana un solo Corazón Asociación de los Testigos Cristianos de Jehova Asociación de vecinos "Tir de Colom" Asociación de vecinos Grupo Lourdes La Aduana - Centro cívico Asociación de jubilados de Telefónica Mamare Castellón Fundación ADRA Castellón Asociación de Estudiantes y Graduados Universitarios de Adventistas en España. Asociación Ministerial para el área femenina. Asociación de padres y madres de alumnos (AMPA) Armelles Asociación de padres y madres de alumnos (AMPA) Gregal Asociación de padres y madres de alumnos (AMPA) IES Vicent Castell i Domènech Asociación de padres y madres de alumnos (AMPA) Juan G. Ripollés</p>
<p>RECURSOS DEPORTIVOS</p>	<p>Piscina Olímpica Castellón Instalaciones Deportivas Gaetà Huguet Pistas de Atletismo Gatea Huguet Parque Deportivo Gran Vía Gimnasio DreamFir Castellón Gimnasio Gran Vía Fitness Sport Training Castellón Gimnasio Fequil Yoga Castellón Academia de Baile Lola Ramos Play Padel Indoor Pádel Center Castellón</p>

Recursos disponibles CS Gran Vía. Elaboración propia.

<p>RECURSOS FÍSICOS</p>	<p>Parque con Street Workout (Gimnasio callejero). Parque de Ramón James Boera Parque con área deportiva Parque para niños Parque Sierra de Cazorla</p> <p>Huerto Urbano y Pipican</p> <p>Plaça de la Bonaigua Plaça D'Elx Plaça Mar de Barents Plaça de los Reyes de España</p> <p>Locutorio Azahar Locutorio Rincón Latino Locutorio Telefónico</p>
<p>RECURSOS RELIGIOSOS Y CULTURALES</p>	<p>Parroquia San Miguel Castellón Biserica Ortodoxa Centro Cristiano de Castellón Iglesia Adventista del Séptimo Día en Castellón Capilla del Grupo Lourdes</p> <p>Asociación Cultural Fusiocultura Cento Cultural Castalia</p>
<p>SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN</p>	<p>Mercadona Mercadona Makro Castellón Alcampo Castellón- Centro Comercial Salera DIA Supermercado Alejandro Supermercado CoAliment (compra saludable) Supermercado USMAN</p> <p>Carnicería Flor Carnicería “carne de confianza” Carnicería María Rosa</p> <p>Pescadería</p>

Recursos disponibles CS Gran Vía. Elaboración propia.

	<p>Frutas y Verduras Frutas y Verduras Frutas y Verduras Frutas y Verduras Què T'abelleix? Frutes y Verdures La Nulereta- Frutas y Verduras</p>
<p>SERVICIOS DE TRANSPORTE PÚBLICO</p>	<p>Bicicas Castellón estación 21- Piscina Olímpica Bicicas Castellón estación 27 Bicicas Castellón estación 45- Gran Vía Bicicas Castellón estación 57- Grupo Lourdes.</p> <hr/> <p>Quadra Morteras (Davant C. Univ.) Quadra Morteras Grupo San Fermín Grupo San Lorenzo Parc Mérida (C.C. La Salera) Rtda. Salera (Pista Atletisme) Pistas de Atletismo Gaetà Huguet Grupo Lourdes Gran Via T. Monteblanco (Barrachina) Gran Via T. Monteblanco (Hospital) Gran Via T. Monteblanco (Grup Diago) Gran Via T. Monteblanco (Poliesportiu C.C.) Carrer de Jacinto Benavente, 9 Poliesportiu Ciutat de Castelló Av. Enrique Gimeno (C.C. La Salera)</p>

ANEXO 3:

Recogida recursos cardioprotección. Elaboración propia

	PRESENTES	LOCALIZACIÓN	INTENCIÓN DE INSTALACIÓN
Col·legi Públic Juan G. Ripollés	No		No lo saben
Col·legi Públic Mestre Antonio Armelles Domènech	No		No lo saben
Col·legi Públic Gregal	No		No lo saben
IES Vicent Castell i Domènech	No		No lo saben
Escorib, centro de formación profesional	No		No lo saben
Universidad CEU	Sí	Hall de la universidad	
Parroquia San Miguel Castellón	No		Sí
Biserica Ortodoxa	No		Sí
Centro cristiano de Castellón	No		Sí
Iglesia Adventista del Séptimo Día	No		Sí
Capilla grupo Lourdes	No		Sí
Centro de atención a personas con dependencia	Sí	Sala de curas	
Centro de atención temprana ASPAS-Grupo Hélix	No		No lo saben
Centro de Jubilados y Pensionistas Maset Blau- San Miguel	No respuesta telefónica		
Centro de acogida San Vicente Ferrer	No		No lo saben
Asepeyo	Sí	Sala de curas	
Unipresalud	Sí	Sala de curas	

Recogida recursos cardioprotección. Elaboración propia

	PRESENTES	LOCALIZACIÓN	INTENCIÓN DE INSTALACIÓN
Oficina Mapfre seguros	No		No lo saben
Unimat Prevención	Sí	Sala de curas	
Fraternidad Mupresa	Sí (llamar)	Sala de curas	
Centro comercial Salera	Sí	<ul style="list-style-type: none"> • Planta baja, salida parking. • Planta central, frente a sprinter. • Planta alta, frente a TGB 	
Decathlon	Sí	En frente de recepción.	
Media Markt	Sí	<ul style="list-style-type: none"> • Planta baja, entrada, junto a seguridad. • Primera planta, zona central 	
GMcash	No		No lo saben
Makro	No		No lo saben
Centro oportunidades el corte inglés	No		No lo saben
KIABI	No		No lo saben
Nike factory store	No		No lo saben
Correos express	No		No lo saben
Marazzi Iberia S.L.U	No		No lo saben
APE Cerámica	No		No lo saben
Cerámica Gómez	No		No lo saben
Norauto	No		No lo saben
Auris Automoción	No		No lo saben
Automoción Cano Kia	No		No lo saben
Concesionario Marzá Audi	No		No lo saben

Recogida recursos cardioprotección. Elaboración propia

	PRESENTES	LOCALIZACIÓN	INTENCIÓN DE INSTALACIÓN
Jaguar Británica de Automóviles	No		No lo saben
Cobelsa	No		No lo saben
Pádel center Castellón	No		No lo saben
Gimnasio Gran Vía Fitness	No		No lo saben
Play Pádel Indoor			Sí
Sport Training Castellón	No		No lo saben
Foster's Hollywood Ciudad del transporte	No		No lo saben
McDonald's Ciudad del transporte	No		No lo saben
Wok Real	No		No lo saben