



INTRODUCCIÓN DEL MODELO DE ACTIVOS
PARA MEJORAR LAS ACCIONES DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CENTRO
DE SALUD BARRANQUET-PERPETUO
SOCORRO (Castellón)

TRABAJO FINAL DE GRADO
GRADO EN MEDICINA
CURSO 2020-2021

Autor: Maria Andreu Moraleda

Tutor: Gonzalo Pareja Corbi



TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL PROFESOR TUTOR 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: INTRODUCCIÓN DEL MODELO DE ACTIVOS PARA MEJORAR LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CENTRO DE SALUD BARRANQUET-PERPETUO SOCORRO (CASTELLÓN)

ALUMNO/A: MARIA ANDREU MORALEDA

DNI: 53790672 C

PROFESOR/A TUTOR/A: GONZALO PAREJA CORBÍ

**GONZALO
PAREJA
CORBI**

Firmado digitalmente por
GONZALO|PAREJA|CORBI
Nombre de reconocimiento (DN):
cn=GONZALO|PAREJA|CORBI,
serialNumber=20462109K,
givenName=GONZALO,
sn=PAREJA CORBI,
ou=CIUDADANOS, o=ACCV, c=ES
Fecha: 2021.05.31 12:39:06 +02'00'

Fdo (Tutor): Gonzalo Pareja Corbí

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):

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT	3
3. EXTENDED SUMMARY.....	4
4. INTRODUCCIÓN.....	5
5. OBJETIVOS	11
5.1 Objetivo General	11
5.2 Objetivos Específicos	12
6. METODOLOGÍA	12
6.1 Diseño	12
6.2 Población de estudio	12
6.3 Variables y métodos de recogida de datos	13
6.4 Temporalidad	14
7. RESULTADOS	15
7.1 Trabajo de campo	15
7.2 Sistematización del Mapa de Activos en Salud	15
8. DISCUSIÓN	20
8.1 Mapa de Activos en Salud	20
8.2 Percepción de la población sobre el estado de salud del barrio	25
9. LIMITACIONES	27
10.FORTALEZAS	29
11.RECOMENDACIONES	29
12.AGRADECIMIENTOS	30
13.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
14.ANEXOS.....	33

1. RESUMEN

Este trabajo se plantea como la continuación del trabajo de fin de grado realizado por Carolina Sánchez Trujillo en el año 2020, debido a la percepción de esta zona como desfavorecida y entendiendo la necesidad existente de generar herramientas que contribuyan a disminuir las desigualdades en salud. Se plantea, como finalidad, diseñar un mapa de activos en salud para la población del área básica de salud correspondiente al centro de salud Barranquet-Perpetuo Socorro, y conocer la percepción de la población sobre la salud. Para ello se realizan entrevistas tanto a una muestra seleccionada de la población, como a diferentes asociaciones pertenecientes al área básica de salud, además de una búsqueda de información mediante herramientas como *Google Street View*, material audiovisual y paseos por el barrio, con las que se obtiene la información necesaria para poder elaborar un mapa de activos en salud, y al mismo tiempo una serie de respuestas subjetivas por parte de la población que son analizadas. A modo de conclusión, podemos afirmar que existen diferencias entre los motivos de consulta más frecuentes entendidos por la población en comparación con lo observado por los trabajadores del centro de salud. La población considera que el barrio es un buen lugar para vivir y que influye de formas diferentes en su salud, tanto negativa como positivamente. Con respecto a los activos en salud que la población considera necesarios, pero que aún no existen, podemos encontrar más parques para niños, zonas peatonales y mayor servicio de transporte público.

Palabras clave: *desigualdades en salud, mapa de activos en salud, área básica de salud, promoción de la salud, modelo salutogénico.*

2. ABSTRACT

This work is entirely conditioned by the end-of-degree project carried out by Carolina Sánchez Trujillo in 2020, due to the perception of this area as disadvantaged and understanding the existing need to generate tools that contribute to reducing health inequalities. Therefore, the aim is to produce a map of health assets for the population of the basic health area corresponding to the Barranquet-Perpetuo Socorro health centre. To this end, interviews were conducted both with a selected sample of the population and with different associations belonging to the basic health area, in addition to a search for information using tools such as *Google Street View*, audiovisual material and walks around the neighbourhood, with which the necessary information was obtained to be able to draw up a map of health assets, and at the same time a series of subjective responses from the population which were analysed. By way of conclusion, we can state that there are differences between the most frequent reasons for consultation understood by the population and those observed by the health centre workers. The population considers that the neighbourhood is a good place to live and that it influences their health in different ways, both negatively and positively. With regard to the health assets that the population considers necessary,

but which do not yet exist, we can find more playgrounds, pedestrian areas and more public transport service.

Keywords: *health inequalities, health assets map, basic health area, health promotion, the salutogenic model.*

3. EXTENDED SUMMARY

Introduction: this work is proposed as a continuation of the final degree project carried out by Carolina Sánchez Trujillo in 2020 due to the perception of this area as disadvantaged and understanding the existing need to generate tools that contribute to reducing inequalities in health. As Michael Marmot explained, these are existing inequalities that are both unfair and avoidable. Following the definition of the term salutogenic, we know that after recognising situations such as those existing in our area, we must act by strengthening the actions of the population in order to improve their health.

Objectives: the main objective of this work was always to improve the health promotion strategy carried out at the Barranquet-Perpetuo Socorro health centre in the province of Castellón de la Plana. As specific objectives, we are interested in contributing to the process of designing a health promotion plan by designing a map of health assets after identifying the assets of the area, in addition to knowing the perception and needs of the user population of the Barranquet-Perpetuo Socorro Health Centre regarding the health situation of the neighbourhood from the perspective of the Social Determinants of Health.

Methodology: in order to obtain the necessary information, we used a questionnaire of our own elaboration, with which we conducted interviews in person and by email with part of the population and associations belonging to the basic health area corresponding to the health centre that were able to collaborate. In the same way, we have also relied on the video produced by Pilar Ramo in 2019, entitled "*Costruïm el sud de castelló, La voz de los barrios periféricos del sur de castellón*". On the other hand, information is also obtained from the observation of the area itself passively from the *Google Street View* platform and actively by taking walks through the neighbourhood. Finally, it should be explained that the tool used to generate the asset map was *Google Maps*.

Results: Once the information was obtained, a map of health assets was drawn up using the *Google Maps* tool. First, a gmail address (*centrosaludbarranquet@gmail.com*) is created so that the health centre can access the map whenever it wishes. After this, the basic health area is delimited, which is carried out according to the criteria of the health centre's social worker, and finally, the existing assets in the area are added to the map. The map of health assets can be

consulted at: <https://www.google.com/maps/d/u/3/edit?mid=1srJC1AvpIFikitBxL6hd0oyiiGNz6IWb&usp=sharing>. With regard to the surveys carried out among the population and associations: all those interviewed consider that it is a good place to live; the majority of the population believes that the neighbourhood where they live does not influence their health; in relation to the most important health problems in the neighbourhood, joint problems are considered, followed by COVID, chronic illnesses, colds and pollution; The most common reasons for attending the health centre were considered to be joint problems, chronic illnesses, colds and renewing medication; most of those interviewed did not know how to locate more assets on the map or believed that it was complete; and finally, they considered that there was a need for parks, pedestrian areas, pharmacies, an emergency service, more buses and a secondary school in the area. From the video, parks with exercise for the elderly, a sports centre and the installation of a Bicicas point are added.

Conclusion: after comparing our health area with two different asset maps, in addition to the data analysed in this work, it is not difficult to understand the existing inequalities depending on the neighbourhood in which one lives. Our basic health area has a lack of important assets that we must work to try to add to improve the population's capacity to maintain their own health and wellbeing, and to reduce inequalities in health. We can affirm that there are differences between the most frequent reasons for consultation understood by the population in comparison with what is observed by the health centre workers, an interesting area for further research. The population considers that the neighbourhood is a good place to live and that it influences their health in different ways, both negatively and positively.

4. INTRODUCCIÓN

4.1 Hacia un concepto de salud integral

En el seno de la medicina hipocrática se comenzaron a elaborar teorías racionales con respecto a los términos de enfermedad y de salud. Desde ese momento, y favorecido por el avance del conocimiento científico, se fue forjando el modelo biomédico. Mediante este modelo se entendía que cada enfermedad, perteneciente al cuerpo, tenía una causa demostrable y por lo tanto también existía un tratamiento específico para ese mal. El cuerpo fallaba en algún sentido y debía solucionarse de una forma igual de razonable, mediante una supuesta relación causa-efecto. En cuanto a este modelo podemos afirmar que aplica un enfoque dirigido hacia la enfermedad y deja totalmente de lado a la persona que estamos tratando (1,2).

El modelo biomédico cumplía su función y era capaz de explicar así un conjunto de enfermedades, pero cada vez más, con el desarrollo de nuevos modelos de sociedad, se descubrían nuevas patologías que no encajaban en los esquemas de esta concepción mecánica, como por ejemplo algunas enfermedades mentales.

Partiendo de esta idea, Engel en 1977 propone el modelo biopsicosocial dejando de esta forma de lado una visión más centrada en el aspecto meramente biológico y generando un cambio en esta conducta, abriendo el campo hacia una visión mucho más completa capaz de englobar a los factores biológicos, pero también a los psicológicos y sociales que interaccionan del mismo modo con la persona. Basándonos en este modelo encontramos a un paciente que consideramos que participa activamente sobre su salud, siendo además responsable de la misma, dejando de lado la idea de que toda la responsabilidad recaiga sobre los profesionales sanitarios para tratar su enfermedad. Aumentando de esta forma la comprensión del dinamismo que implica el término salud (3).

Ambos modelos tienen ventajas y desventajas. El modelo biomédico ha generado una revolución en cuanto a métodos de diagnóstico, técnicas quirúrgicas, especialización de los facultativos y tratamientos farmacológicos, aunque se da demasiada importancia a la enfermedad y a la necesidad de curar sin atender las necesidades de los pacientes salvo las puramente biológicas (1). En cuanto al modelo biopsicosocial existe un cambio de enfoque, de la enfermedad al paciente, por lo que se relaciona directamente con conceptos como la prevención primaria y la rehabilitación que con el modelo biomédico no tenían cabida. De este modo se consigue una mejora en la calidad de vida de los pacientes, contando con que ellos mismos se involucren y se conciencien de que forman parte de la misma y que a su vez ejercen un papel importante en cuanto al cambio en su estatus dinámico de salud-enfermedad (3).

La definición y la comprensión del propio término de salud a lo largo del tiempo ha ido evolucionando y redefiniéndose constantemente adaptándose al desarrollo y las ideas de una sociedad en continuo cambio (4).

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término de salud como el *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (5). Esta definición dejaba de lado la creencia de poder alcanzar la salud únicamente con la condición de no estar enfermo, mediante una visión más amplia y positiva, pero una utopía en sí misma debido a que se vuelve inalcanzable mantenerse en un completo bienestar. Se convierte en una perfección intangible y subjetiva, ya que no existía cómo medir el bienestar o cuantificar la salud. Además, no se entiende la salud como un estado discontinuo, por lo que se cierra la posibilidad a posibles recaídas o diferentes estados de ánimo.

El concepto de salud parecía por lo tanto algo completamente inalcanzable, por lo que Milton Terris en 1964 definió el término salud como *“estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Interpretación que se despedía de la utópica definición anterior de la OMS y se presentaba como un concepto dinámico, una armonía oscilante entre salud y enfermedad en el que pueden

intervenir varios factores. Incluye la “*capacidad de funcionamiento*” (concepto objetivo), que permite ser entendido e interpretado, junto al “*estado de bienestar*” (concepto subjetivo), generando de este modo un abanico de posibilidades infinitas en cuanto a diferentes estados de salud (6).

4.2 La promoción de la salud como recurso clave de la atención primaria

Otro concepto que debemos entender es el de la promoción de la salud. En 1974 el Informe del primer ministro canadiense Lalonde, proponía una transformación de las políticas de salud fomentando la promoción de la salud. Entendía que el estado de salud de un individuo o de una población concreta dependía de la relación existente entre diversos factores que influyen directamente sobre el estado de salud. Por ello, proponía que el campo de salud se podía subdividir en cuatro pilares fácilmente reconocibles: estilo de vida, medio ambiente, biología humana y servicios de salud (7).

Más tarde, en 1978 se realiza la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata, con el lema “*salud para todos*”. Tras esta conferencia se hacía evidente que existían claras diferencias en cuanto a la salud en los diferentes países y este fue el punto de partida a partir del cual se fijaron diversos objetivos. El concepto de atención primaria pasó a ser definido como un conjunto de principios con capacidad para abordar las diferentes necesidades y determinantes de la salud, posicionándola como un factor primordial en la contribución para la salud de la población. La atención primaria pasaba a ser el centro de la acción y conjuntamente los gobiernos y la población mundial debían contribuir a mejorar la promoción y prevención de la salud, piezas clave y necesarias para poder lograr el desarrollo económico y social en todos los países del mundo, consideradas a su vez condiciones imprescindibles para poder eliminar las desigualdades entre los diferentes países y alcanzar el nivel óptimo de salud para todos (8,9). Por ello una de las funciones de la atención primaria es la de educar a la población sobre los problemas de salud existentes en la misma y dar las directrices necesarias para facilitar la prevención de los mismos, de forma que las comunidades y las personas adquieren un rol determinante en cuanto a su salud (10,11).

En 1986 se llevó a cabo la primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud, celebrada en Ottawa. En ella se redactó la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, con cinco áreas de acción prioritarias: “*la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y por último, la reorientación de los servicios sanitarios*” (12).

4.3 Los Determinantes sociales y las desigualdades en salud

Como ya apuntaban Lalonde y se destacaba durante la conferencia de Alma-Ata, existen claras diferencias en cuanto a salud entre los diferentes países y poblaciones. Partiendo de esta

idea, en 1991 G.Dahlgren y M.Whitehead, explican la relación entre el individuo, su salud y el entorno en el que se desenvuelve. Describen que los factores determinantes de la salud se organizan en diferentes estratos de influencia, como en capas de cebolla. En el centro nos encontramos con factores que no pueden ser modificados. Entendiendo de esta forma que existen factores más próximos e influyentes al individuo, modificables a nivel individual, y factores lejanos al individuo, modificables a nivel colectivo mediante políticas de salud. Por lo tanto, comprendemos que no hay forma de estudiar la salud individual sin tener en cuenta el contexto social, ya que está todo relacionado (13).



Figura 1. Los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991) (13)

El nivel de salud y bienestar en el que se encuentra una persona está influido por múltiples determinantes que no están distribuidos uniformemente en la sociedad, lo que Michael Marmot describió en 1998 como gradiente social en salud. Se trata de inequidades injustas y evitables que se producen en función de la etnia, de la clase social, del sexo, etc y que condicionan por lo tanto la salud de la población. Esto provoca que los colectivos sociales menos favorecidos tengan también menores recursos y mayores dificultades para poder tener una buena calidad de vida, y por lo tanto buena salud (14,15).

Aaron Antonovsky en 1979 desarrolla el modelo salutogénico, centrando en discernir los factores necesarios para conseguir que la población se mantenga sana a pesar de condiciones desfavorables. Esta nueva perspectiva era opuesta al punto de vista hasta el momento conocido como enfoque patogénico basado en la enfermedad. La salutogénesis busca la respuesta a la siguiente pregunta “¿qué es lo que hace que algunas personas prosperen y que otras fracasen o enfermen en situaciones similares?” (16).

Antonovsky utiliza la metáfora del río de la vida para comparar la perspectiva salutogénica con la perspectiva patogénica. En cuanto a las perspectiva patogénica el río representaría los

diferentes estadios de una enfermedad y el objetivo sería rescatar a las personas del río. La perspectiva salutogénica entiende el río como la propia vida, con zonas más tranquilas y otras con aguas revueltas. Por lo tanto defiende que el objetivo primordial sería enseñar a esas personas a nadar, o lo que es lo mismo, apostar por la prevención y la promoción de la salud, como así representan Eriksson y Lindstrom en 2008 (17).

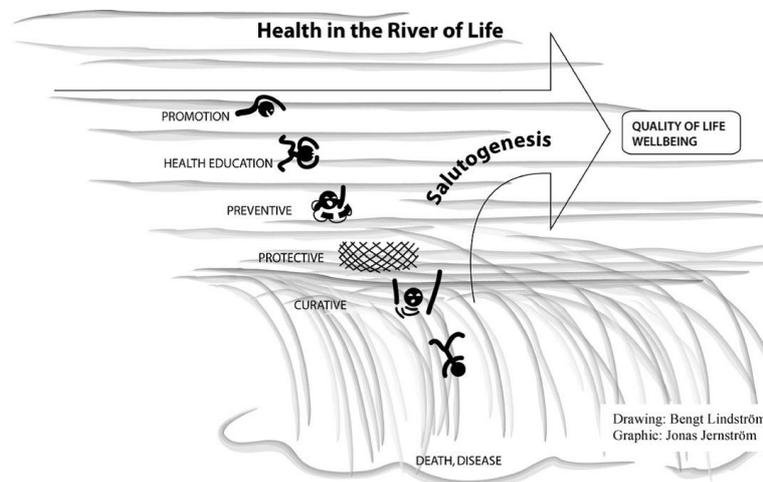


Figura 2. Representación gráfica de la metáfora sobre el río de la vida. Eriksson y Lindstrom (2008) (17)

En 1993 Kretzmann y McKnight diferencian el modelo de déficit del modelo de activos. El modelo de déficit está centrado en identificar la solución para el pilar principal de este modelo, que es el problema, utilizando los diferentes niveles de actuación (hospital, dependencia y recurso profesional) por lo que otorga la totalidad del peso al sistema sanitario. Por otro lado tendríamos el modelo de activos que tiene como finalidad promocionar la capacidad de los propios individuos y de las comunidades para generar soluciones con perspectivas positivas de salud y por lo tanto para no depender de los servicios profesionales sino de la capacidad, talento o habilidad de cada uno, actuando como coproductores de salud (18).



Figura 3. Perspectivas de los modelos de déficit y activos (18)

El modelo de activos, en consecuencia, intenta equilibrar las desigualdades de salud mediante la actuación de la población y de las comunidades, junto con la integración de políticas que faciliten la promoción mediante un enfoque positivo para la salud, el bienestar y el desarrollo de la población. Se basa, por lo tanto, en el modelo de salutogénesis entendiendo que es necesario originar salud desde la propia persona interesada, apoyándose en patrones positivos de la salud, frente a la prevención de la enfermedad, perceptiva negativa (18).

4.4 La promoción de la salud en el CS Barranquet - Perpetuo Socorro

Según datos de febrero de 2021, proporcionados por la trabajadora social, la población atendida en el centro de salud del barrio del Barranquet es de 3.951 personas, siendo la franja de edad de quince a cuarenta y cinco años la que alberga mayor volumen de población, 1.622 pacientes. En este total, están incluidos pacientes empadronados y no empadronados, además de los derivados de los centros Patim (centro con programas de ayuda a pacientes con problemas de adicción), y el centro de menores Pi Gros. También se atiende a las personas que están en programas de la fundación Proyecto Amigó (recurso que ofrece servicios terapéutico-educativos a personas con adicciones y dependencias), pero estos no tienen médico asignado para mantener su anonimato, por lo que no son computables. La población atendida por el centro de salud tiene como característica común que son personas que viven en una zona periférica de Castellón o Almassora, alejados del núcleo urbano.

Teniendo claros los conceptos explicados anteriormente no es difícil aseverar que, la población perteneciente al Centro de Salud Barranquet-Perpetuo Socorro, sufre grandes desigualdades en salud con respecto a otros barrios de Castellón. En un trabajo realizado con anterioridad por Carolina Sánchez Trujillo (19) ya se describieron las características de la población, y se interpretaba la perspectiva de los trabajadores del propio centro de salud sobre la ciudadanía, además de la descripción del propio barrio y de la población que allí habita.

El objetivo del presente trabajo es contribuir a mejorar la estrategia de promoción de la salud llevada a cabo desde el área básica de salud correspondiente al Centro de Salud Barranquet- Perpetuo Socorro, en Castellón de la Plan. Para ello se diseña un mapa de activos en salud, tras la identificación de los activos de la zona con el fin, por un lado, de aportar una herramienta útil para la identificación de necesidades del barrio, y por otro, para identificar de forma participativa necesidades de nuevos activos para mejorar la salud comunitaria del barrio. Además, se realizan cuestionarios a la población usuaria del centro de salud para conocer la percepción y las necesidades que tienen sobre la situación sanitaria del barrio desde una perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.

El término activo en salud, definido por Morgan y Zigilo en 2007, hace referencia a *“cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades,*

poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud". Estos recursos pueden ser de diferente índole, pudiendo considerarse activos en salud paradas de autobús, la escuela del barrio, parques, farmacias, el centro de salud, etc (20).

Por extensión, un mapa de activos es definido por Kretzmann y McKinght como *"un inventario dinámico de las fortalezas y capacidades de las personas que forman una comunidad, antes de intervenir."* Es una herramienta que se elabora bajo el criterio del modelo de activos, con la finalidad de determinar cuáles son las aptitudes y habilidades de una población determinada, así como la participación de la misma en la creación de medidas basadas en la equidad para el desarrollo de la salud. Por lo tanto conocer los recursos existentes, además del empoderamiento que proporciona, fomenta que la comunidad inicie intervenciones con respecto a su propia salud (20).

Entendido el mapa de activos como una herramienta que tiene diversas utilidades, se propone su diseño de acuerdo al territorio que comprende el Centro de Salud Barranquet-Perpetuo Socorro con el fin de, en primer lugar, valorar el grado de implicación de la población en la materia de salud, las debilidades de la zona y para que sirva para dar a conocer los activos en salud a la población. Por lo que entendemos que de esta forma favorecerá además al empoderamiento de la población e impulsará a la participación de la misma en la promoción de la salud desde una perspectiva positiva.

En segundo lugar, y aprovechando la información obtenida del trabajo de Carolina Sánchez Trujillo sobre la percepción del personal sanitario del centro de salud en temas de salud y promoción de la salud, se busca obtener información a través de entrevistas, para conocer la valoración de la población sobre la zona donde viven, si creen que esta influye en su salud de algún modo, cuales consideran que son los problemas sanitarios más importantes en su barrio, además de comparar la percepción de la población con respecto a las principales causas de asistencia al centro de salud con la percepción del personal sanitario, y, por último, conocer la opinión de los entrevistados con respecto a los activos en salud que podrían ser necesario en la zona y que en la actualidad no existen (21).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Mejorar la estrategia de promoción de la salud llevada a cabo desde el centro de salud del área básica de salud correspondiente al Centro de Salud Barranquet-Perpetuo Socorro, en Castellón de la Plana.

5.2 Objetivo específicos

- a) Contribuir al proceso de diseño de un plan de promoción de la salud en el Centro de Salud Barranquet-Perpetuo Socorro mediante el diseño de un mapa de activos en salud tras la identificación de los activos de la zona.
- b) Conocer la percepción y las necesidades que tiene la población usuaria del Centro de Salud Barranquet-Perpetuo Socorro sobre la situación sanitaria del barrio desde una perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño

El estudio que se ha llevado a cabo es de tipo observacional descriptivo cualitativo, alejándose de la metodología epidemiológica habitual, donde se emplea el discurso como elemento de estudio necesario en este trabajo para poder acercarnos a la realidad social de la población a investigar (22).

6.2 Población de estudio

La población de la que partimos para la realización del estudio es la población perteneciente al área básica de salud del Centro de Atención Primaria Barranquet-Perpetuo Socorro. Este centro ubicado en la provincia de Castellón, corresponde al área de salud 2, departamento 2 y zona básica 4.

La muestra escogida para la realización de las encuestas y, por lo tanto, para la obtención de la información discutida en este trabajo abarca a treinta y dos personas que acudieron al centro de salud para realizar el cuestionario, además de dos representantes de asociaciones ubicadas en el mapa de activos y por consiguiente en la zona básica de salud del centro (el representante de la asociación de vecinos San Pablo y el representante del Taller Joven Cáritas). Se informó a las diferentes asociaciones, pero por cuestiones que comentaremos más adelante sólo participaron dos.

La muestra fue obtenida mediante muestreo no probabilístico por conveniencia entrevistando a todas las personas que acudieron en la semana del dieciocho de Mayo, los días diecisiete, dieciocho y diecinueve entre las 10:00 y 12:00 horas aproximadamente, y que accedieron a ello. Por otro lado, se quiso que formaran parte de este trabajo las asociaciones de la zona, pero no existía participación, por lo que, nos pusimos en contacto con las asociaciones identificadas por el personal sanitario, en el trabajo realizado por Carolina Sánchez Trujillo, como más activas. Asumimos que, por lo tanto, este tipo de muestreo no es representativo de la población a estudio, pero es lo que se ha logrado conseguir durante este periodo teniendo en

cuenta las limitaciones acontecidas en la situación de pandemia mundial en la que nos encontramos en este momento (23).

6.3 Variables y métodos de recogida de datos

Para la recogida de información para la elaboración del mapa de activos en salud, se ha utilizado como fuente de información el vídeo realizado por Pilar Ramo en Diciembre de 2019, titulado “*Costruim el sud de castelló, La voz de los barrios perifericos del sur de castellón*”, reportaje realizado mediante entrevistas a la población de los grupos del sur: Roquetes, San Bernardo, Santa Teresa, Perpetuo Socorro y La Unión, San Andrés y Lourdes, sobre el presente y el pasado dando a conocer la opinión y las reivindicaciones de los entrevistados, por lo que a través de esta producción se ha podido obtener información sobre diversos activos de salud reclamados por la población.

Asimismo se ha obtenido información a partir de la observación del propio barrio de forma pasiva desde la plataforma *Google Street View* y de forma activa realizando paseos por el barrio. Por otro lado cabe señalar que la herramienta utilizada para diseñar el mapa de activos ha sido *Google Maps*.

Por último, se han utilizado también las entrevistas realizadas a la población para la obtención de información del apartado anterior, en la que se incluían dos preguntas relacionadas con los activos en salud del barrio que aún faltaban por ubicar y con los activos que consideraban que debían estar en la zona y no existían por el momento.

	Entrevistas Población Presenciales	Entrevistas Asociaciones Presenciales/Correo electrónico	Observación Pasiva	Google Maps	Vídeo
Número	32	2	4 rutas		
Duración	Aprox. 1 h 30 min en 3 días 5 horas		3 h 30'	72 h	2 h 30'

Tabla 1. Métodos de recogida de datos (elaboración propia)

Una vez se ha obtenido la información sobre los diversos activos de salud ubicados en la zona con ayuda de la herramienta *Google Maps* se procede a la elaboración del mapa de activos en salud.

- Se crea una cuenta gmail para el centro de salud: *centrosaludbarranquet@gmail.com*
- Se delimita el área básica de salud.
- Se añaden al mapa los activos existentes en la zona.

Para la elaboración de este mapa se han utilizado como modelos los mapas de activos en salud realizados desde el Centro de Salud de Rafalafena en Castellón (24), y el del barrio Arturo Eyries de Valladolid (25), que además fueron utilizados posteriormente para realizar la comparativa entre distintas áreas pertenecientes a centros de salud en cuanto a número y variedad de activos en salud se refiere.

Para la recogida de información con la finalidad de poder realizar el análisis sobre la percepción la población sobre la situación sanitaria del barrio, se han empleado entrevistas divididas en dos partes, una con un formato semiestructurado y otra no-estructurado realizadas de forma presencial a la población usuaria del centro de salud. Para la realización de este tipo de entrevistas no se contó con ningún tipo de variable que pudiese delimitar la población objetivo del estudio. También se emplearon entrevistas con formato semiestructurado y no estructurado dirigidas a las asociaciones que se realizaron mediante correo electrónico y conversaciones. Hemos optado por este tipo de entrevistas de elaboración propia con la finalidad de obtener información sobre la percepción de salud y sobre el conocimiento de los activos de salud del barrio, además de invitarles a reflexionar sobre la posible necesidad de contar con nuevos activos en la zona (26). Se enviaron un total de veintiún correos electrónicos con la finalidad de contactar con las diferentes asociaciones de las que sólo se ha tenido respuesta de dos. Además se realizaron conversaciones telefónicas y presenciales con un total de dos asociaciones. Los cuestionarios pueden encontrarse en el *Anexo 1*.

6.4 Temporalidad

En cuanto a la recopilación de datos se ha llevado a cabo durante el periodo de tres meses comprendido entre Marzo y Mayo, ambos incluidos, de este año 2021. En este tiempo se ha contado sobre todo con la ayuda de la trabajadora social del centro de salud, además de las propias asociaciones, reuniones con el personal médico del centro y la visita a las integradoras sociales de la zona.

La elaboración del trabajo se puede dividir en dos fases diferentes. Una primera fase de trabajo de campo dirigida a la recogida de datos a través de búsqueda bibliográfica, la realización de paseos por el barrio y el uso de *Google street View* para la identificación de activos en salud del barrio, además del diseño de los cuestionarios y realización de las entrevistas a los ciudadanos. A continuación, una segunda fase dirigida a la sistematización de la información obtenida para, por un lado, conocer la percepción de la población del barrio sobre temas relacionados con la salud, y por otro lado, para elaborar el mapa de activos con el conjunto de datos recopilados (20,27).

7. RESULTADOS

7.1 Trabajo de campo

Para realizar nuestro trabajo partimos del elaborado por Carolina Sánchez Trujillo en 2020, por lo que tanto la ubicación del centro, como la descripción del equipo de trabajadores del centro, al igual que la población perteneciente al área de salud, quedan descritos en este trabajo. Contamos con una población de un nivel socio-económico medio bajo, con un gran número de pacientes emigrantes de diferentes zonas de España, características condicionantes para una alta demanda de consulta al centro de salud (19).

Mediante la observación pasiva realizamos el primer contacto con el barrio. Tras esta primera salida, hubo tres más, una de ellas junto con la trabajadora social, a partir de las cuales conseguimos ubicar activos como las integradoras sociales, el campo de fútbol y el huerto urbano de Roquetes. La herramienta *Google Maps, Street View*, fue de gran ayuda para los periodos en los que era más complicado acudir de forma presencial, debido a las limitaciones de movilidad y seguridad sanitaria ocasionadas por la pandemia mundial COVID. A través de esta herramienta se elaboró la base de datos del mapa de activos. El vídeo de los barrios del sur sirvió para poder ubicar algunos activos que no habíamos podido reconocer mediante ninguna de las herramientas anteriores, y por último, gracias al cuestionario y la colaboración de algunos miembros de la muestra, terminamos de localizar dos activos, hasta el momento no ubicados.

Los cuestionarios, además, se diseñaron con el fin de obtener la información necesaria para conocer la percepción de la población en temas relacionados con la salud comunitaria, y poder así contrastarla, tanto con el trabajo previo de Carolina Sánchez Trujillo, como con el mapa de activos en salud generado en este proyecto, ambos objetivos del presente trabajo.

7.2 Sistematización de la información

a) Elaboración del Mapa de Activos en Salud

Una vez reconocidos los activos en salud, se procede a la elaboración del mapa de activos en salud, por medio de la herramienta *Google Maps*.

En primer lugar, se crea un correo gmail (*centrosaludbarranquet@gmail.com*) para que el centro de salud pueda acceder al mapa de activos siempre que lo desee, modificar activos, eliminarlos e incluso incorporar nuevos en un futuro.

En segundo lugar, se delimita el área básica de salud: para ello han hecho falta tres meses, debido a que no existe un mapa que refleje la situación real del centro de forma oficial en ningún lugar. Por todo ello, la representación realizada se basa en la información aportada por la

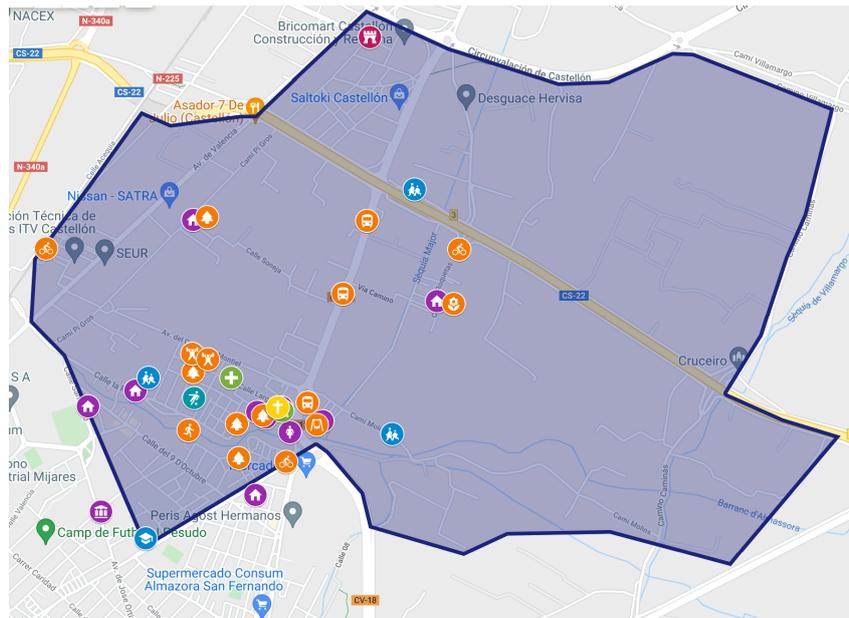


Figura 5. Mapa de Activos en Salud (elaboración propia)

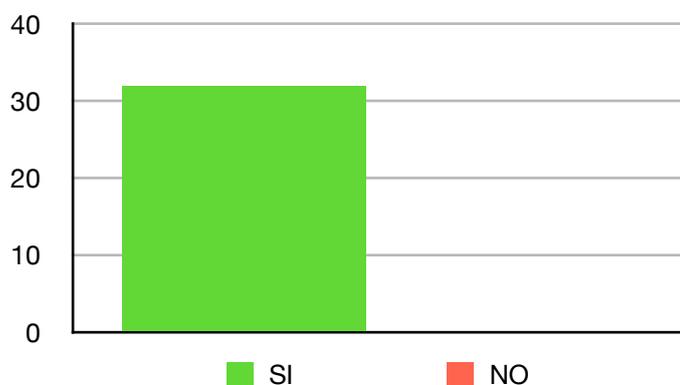
El mapa de activos en salud se puede consultar en: <https://www.google.com/maps/d/u/3/edit?mid=1srJC1AvpIFikitBxL6hd0oyiiGNz6lWb&usp=sharing>

b) Resultados de las encuestas realizadas a la población y a las asociaciones

Una vez elaborado el mapa de activos, se procedió a la realización de las encuestas a la población del barrio con el objetivo de conocer su percepción sobre la situación sanitaria del barrio, además de para completar la construcción de una forma colectiva y participada del mapa de activos. A continuación se muestran los resultados de las entrevistas:

En cuanto al apartado sobre la percepción de la salud de la población:

1. ¿Considera que el barrio en el que vive es un buen lugar para vivir? ¿Por qué?



Contestaron treinta y dos personas sí, frente a cero personas no.

Tabla 2. Resultado primera pregunta entrevista (elaboración propia)

2. ¿Cree que el barrio donde vive influye en su salud de algún modo?

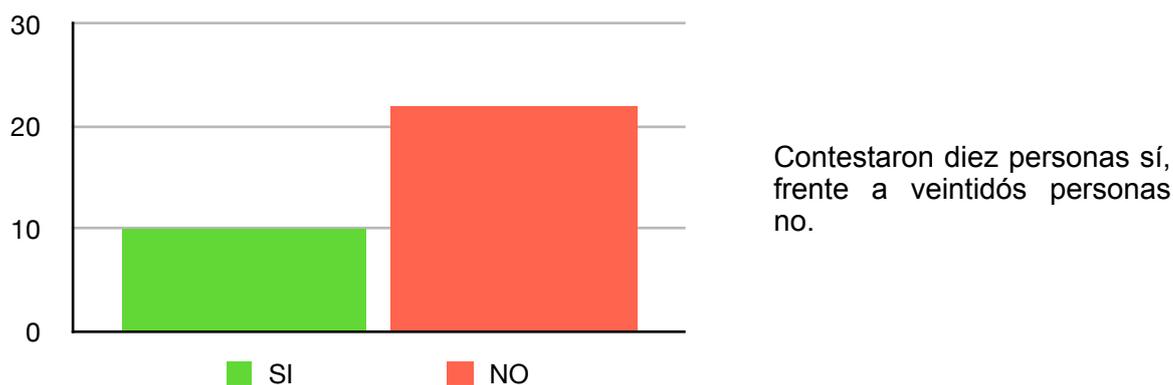


Tabla 3. Resultado segunda pregunta entrevista (elaboración propia)

3. ¿Cuáles considera que son los problemas sanitarios más importantes en su barrio?

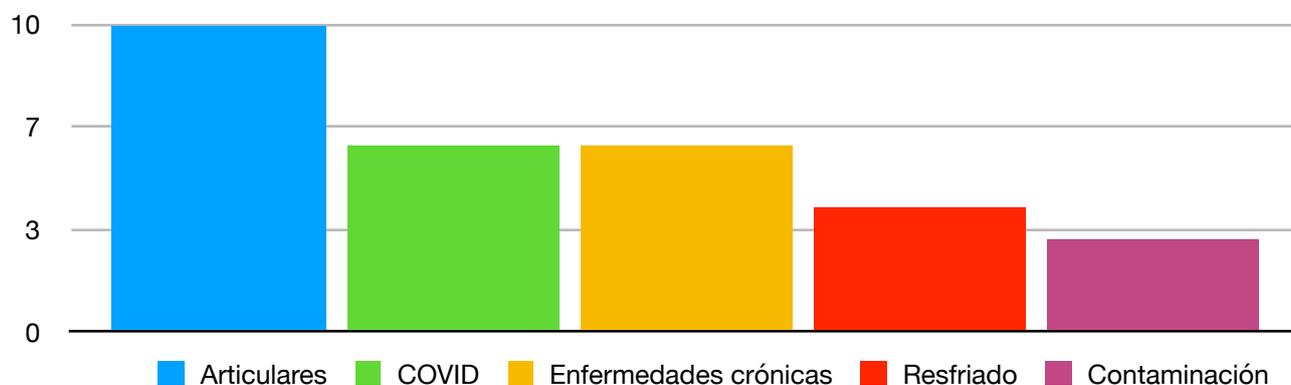


Tabla 4. Resultado tercera pregunta entrevista (elaboración propia)

En cuanto a esta pregunta: diez de los encuestados consideran que el problema sanitario más prevalente son los problemas osteoarticulares. Seis consideran que lo es el COVID. Seis apuestan por las enfermedades crónicas. Cuatro resfriado común. Tres personas contestan contaminación, y, por último, tres respuestas no concluyentes.

4. ¿Cuáles cree que son las causas más habituales de asistencia al centro de salud de su barrio?

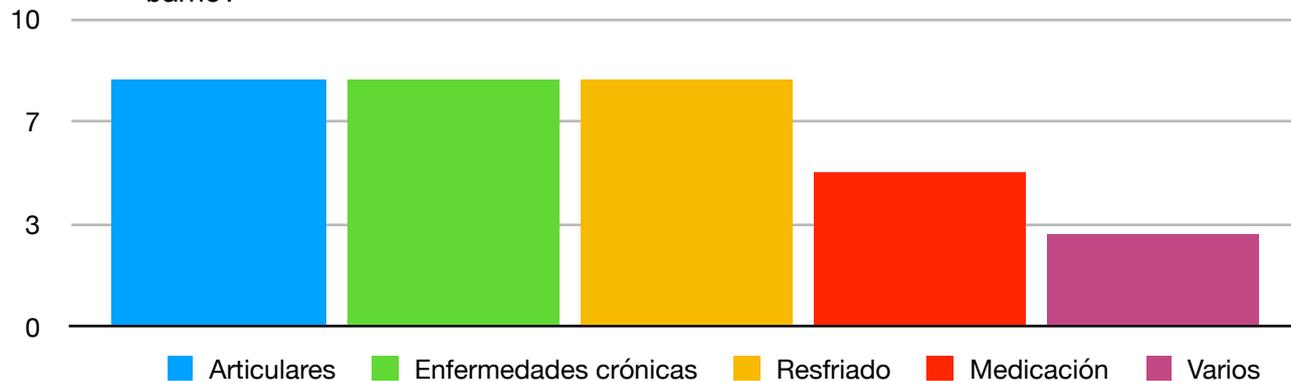


Tabla 5. Resultado cuarta pregunta entrevista (elaboración propia)

Problemas osteoarticulares ocho, enfermedades crónicas ocho, resfriado común ocho, repetir medicación cuatro y tres personas plantearon como causa de revisiones, cáncer y nervios.

En el apartado sobre los recursos y activos en salud:

5. ¿Qué activos existentes en el barrio considera que faltan por ubicar en el mapa?

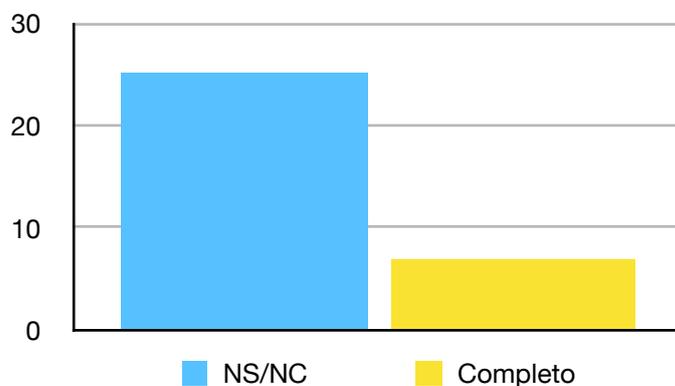


Tabla 6. Resultado quinta pregunta entrevista (elaboración propia)

A pesar del esfuerzo y las explicaciones que se dieron, veinticinco de los encuestados no supieron contestar a esta pregunta, por otro lado, siete alegaron que no faltaba por ubicar ningún activo.

6. ¿Qué activos en salud cree que hacen falta en su barrio y no existen?

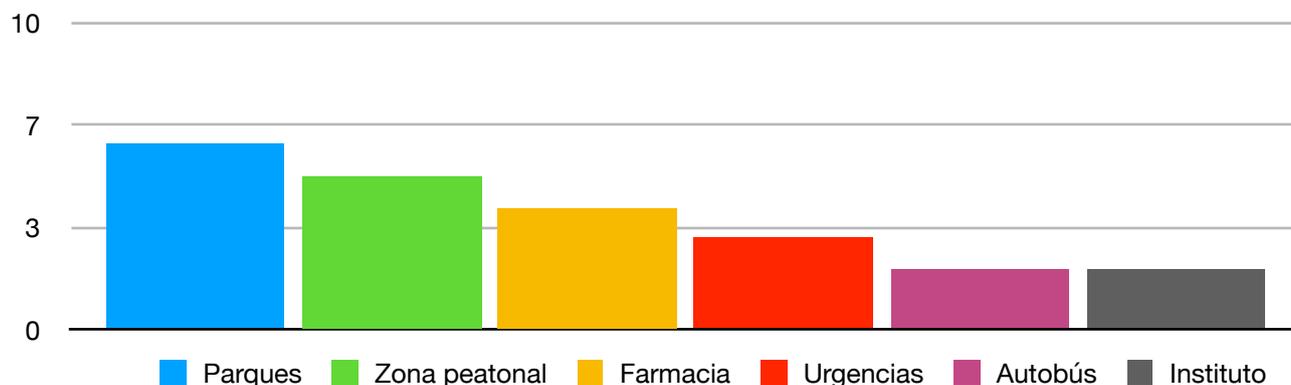


Tabla 7. Resultado sexta pregunta entrevista (elaboración propia)

Ocho personas consideran que en el barrio en el que viven ya existen recursos suficientes. Seis personas consideran que son necesarios más parques infantiles. Cinco que hacen falta más zonas peatonales. Cuatro abogan por la necesidad de otra farmacia. Tres personas piensan que es necesario un servicio de urgencias. Dos creen necesario una mayor cantidad de autobuses o diferente recorrido. Dos más que exista un instituto en la zona y por último dos personas contemplan que son fundamentales los centros para jóvenes, cines y teatros.

A través del vídeo de Pilar Ramo, las personas entrevistadas, demandan activos como parques para niños, zonas verdes y peatonales, mayor servicio de transporte público (más paradas de autobuses repartidos por la zona) y recursos para los jóvenes. Pero además añaden nuevas proposiciones como parques con ejercicios para mayores, un polideportivo y la instalación de un punto de Biciclas.

En cuanto a las asociaciones, podemos decir que con respecto a la percepción de la salud de la población, consideran que el barrio en el que viven es un buen lugar para vivir al ser tranquilo y familiar. Además una considera que el barrio en el que viven influya en la salud de ningún modo, mientras que la otra afirma que influye. En relación a los problemas sanitarios más importantes opinan que son las enfermedades crónicas debido a la elevada media de edad del vecindario sobretodo. En lo que respecta a las causas más habituales de asistencia al centro de salud las enfermedades crónicas serían la causa principal, seguida de la pediatría, los resfriados comunes y por último las revisiones médicas. Sobre el apartado de activos en salud, consideran que el activo más necesario sería el servicio de urgencias, seguido de parques infantiles y mejora del transporte público.

8. DISCUSIÓN

8.1 Mapa de Activos en Salud

Una vez realizada la búsqueda de información sobre los activos en salud y el diseño del mapa de activos, tenemos una clara imagen de la totalidad de los activos ubicados en la zona.

ASOCIACIONES (11)	"San Jaime" Roquetes
	"San Pablo" Perpetuo Socorro
	Santa Teresa
	San Bernardo
	San Andrés
	Fátima
	Corell
	Mujeres 8 de Marzo
	Pensionistas y Jubilados Los Ángeles-La Unión
	Taller Joven Cáritas
	Intragradoras Sociales

RECURSOS FÍSICOS (16)	Huerto urbano Roquetes
	Plazas (x 6)
	Parc del Rosselló
	Carril bici (x 3)
	Parque infantil
	Barranc d'Almassora
	Parada de autobús (x 3)
RECURSOS SANITARIOS (2)	Centro de Salud Barranquet-Perpetuo Socorro
	Farmacia
RECURSOS EDUCATIVOS (4)	CEIP Guitarrista Tárrega
	Escuela Infantil Los Ángeles
	Llar Natura
	IES Álvaro Falomir
RECURSOS DEPORTIVOS (1)	Campo de Fútbol Perpetuo Socorro
RECURSOS RELIGIOSOS (1)	Parroquia de Nuestra Señora de los Ángeles
RECUERSOS INSTITUCIONALES (3)	Centro de Reeducción Pi Gros

Tabla 8. Resumen Activos en Salud (elaboración propia)

En cuanto a nuestro Mapa de Activos, encontramos once asociaciones que son las encargadas de promover todas las actividades, con ayuda del centro de salud para la promoción de la salud, y organizan, por ejemplo, la semana de la salud. Contamos con dieciséis activos físicos destacando la existencia de tres zonas diferentes de carril bici, algo muy positivo para la zona, ya que está distribuido de forma que en todas la afueras hay uno, por lo tanto es accesible en cierto modo para la población. Pero por otro lado, no existe ningún carril bici en las calles, para poder ir por una zona segura con la bici es necesario acudir a la periferia de la zona delimitada. Por otro lado, existen tres paradas de autobús distribuidas por toda la CV-18, hecho que provoca, por ejemplo, que la población del barrio San Bernardo, situado a la periferia, deba acudir andando unos quince minutos de media hasta poder llegar a la parada. En cuanto a los recursos sanitarios sólo encontramos dos: el Centro de Salud Barranquet-Perpetuo Socorro y una farmacia. Sobre los recursos educativos de la zona, podemos destacar un único colegio público el CEIP Guitarrista Tárrega. Además existen dos escuelas infantiles, pero de ámbito privado y el IES Álvaro Falomir al cual asisten los jóvenes del barrio, pero que se encuentra ubicado en Almassora. Hay un único recurso deportivo. Una única parroquia utilizada además de como un recurso religioso, como sede de diferentes actividades, y también sede del Talle Joven de Càritas. Por último existen tres recursos institucionales en la zona, pero a los que no se tienen acceso debido a que se trata de centros rehabilitadores.

Tras la descripción de nuestro mapa consideramos interesante realizar un ejercicio de reflexión tomando como ejemplo los Mapas de Activos de los dos Centros de Salud (CS) nombrados anteriormente. Con respecto al CS Rafalafena, el área de salud con mayor número de población, cerca de 16.625 habitantes, podemos indicar que existen veinticuatro asociaciones contando entre ellas con dos residencias de ancianos además de un servicio de comedores y actividades, siendo estos recursos inexistentes por el momento en nuestra zona. Treinta y tres instituciones en su área de salud. Once recursos deportivos, comparados con un único recurso deportivo existente en la zona. Treinta y cinco recursos sanitarios contando con siete farmacias, nueve dentistas, dos clínicas de nutrición, cinco clínicas de fisioterapia, una clínica radiológica, un centro auditivo, dos ópticas, una ortopedia, dos clínicas de podología y una clínica de psicología infantil entre otros, en contraposición a sólo dos recursos encontrados en el área básica de salud del CS Barranquet-Perpetuo Socorro. Veinte recursos educativos destacando dos institutos y tres colegios públicos además de varios privados, una ludoteca, dos academias, cinco centro de idiomas y la Escuela Superior de Peluquería, en contraste con un único colegio público ubicado en la zona. Siete recursos religiosos, en comparación a un único recurso religioso en la zona. Treinta recursos físicos resaltando entre ellos seis paradas de TRAM y ocho puntos Bicicas, recursos demandados por la población de nuestro trabajo e inexistentes por el momento. Por último, seis recursos culturales y artísticos tales como el Auditorio y Palacio de Congresos de Castellón, una Biblioteca, una galería de arte y una academia de baile, subrayar que en nuestra zona no encontramos ningún recurso cultura o artístico.

En cuanto al Mapa de Activos del CS Arturo Eyries, contando con un total de 4.448 habitantes, podemos decir que existen ocho recursos sanitarios entre los que se encuentran dos farmacias, una óptica, un servicio de urgencias 24 horas y una clínica dental, que son recursos que no existen en nuestra zona. Nueve recursos culturales y artísticos destacando el Museo de la Ciencia de Valladolid, en el área básica de salud no se encuentra ningún recurso cultural. Diez activos destinados al apoyo social subrayando la existencia de una residencia de ancianos, no existe ninguna residencia en nuestra zona. Tres recursos educativos, una escuela infantil, un colegio y un instituto públicos en la zona, tres recursos públicos y situados todos en la misma zona, mientras que en nuestra zona sólo se encuentra un colegio público. Siete recursos deportivos, simplemente existe uno en la zona. Además de cinco recursos de transporte contando con un sistema automático de préstamos de bicicletas, cuestión por la que están luchando los vecinos de nuestra zona, ya que no existe Bicicas.

Tras esta breve comparación y todos los datos analizados en este trabajo, es fácil entender las desigualdades de salud existentes dependiendo del barrio en el que se vive. Tras este análisis, si comparamos ahora con el Mapa de Activos del CS Rafalafena, pese a que no son barrios comparables ya que se trata de barrios con diferente número de población (CS Rafalafena cerca de 16.625 habitantes, CS Barranquet-Perpetuo Socorro 3.951 habitantes), podemos ver claramente, que aunque ambas áreas se encuentran ubicadas en la misma ciudad, nuestra zona

en concreto se encuentra en la periferia con respecto al área de Rafalafena, y esto conlleva una diferencia de gran magnitud en cuanto al acceso de recursos públicos, y por supuesto también acceso a servicios de ámbito privado. Por ello, podemos asegurar que en este caso la ubicación geográfica con respecto al centro del municipio está afectando a que existan importantes diferencias en cuanto al número de activos en salud se refiere entre estos dos barrios.

Con respecto a la comparación con el mapa de activos del CS Arturo Eyries ya no cuenta con el sesgo de diferencia en cuanto al tamaño de la población se refiere. No obstante, cuenta con mayor cantidad, además de con otro tipo de activos en salud.

a) Reflexión sobre los Activos en Salud

Con respecto a la reflexión sobre los activos en salud, una de las finalidades de este apartado era la de informar sobre el mapa de activos para darlo a conocer como una herramienta útil para la población. Cuando se les presenta, hay gente que descubre ciertos recursos gracias al mapa que no conocía hasta el momento. Una vez entendido el concepto de activo en salud se les pregunta por si existe algún activo que no esté ubicado en el mapa. A esta pregunta, no responde ningún encuestado, por dos razones: considerar que el mapa está completo o no saber ubicar ningún nuevo activo en salud. Pensamos que es debido a que el ámbito en el que se preguntaba, el propio centro de salud, hacía que estuvieran pendientes de otras cosas y quizás no prestaran la atención suficiente al mapa que se les explicaba.

En la última de las preguntas se les plantea a los entrevistados sobre los activos que consideran cómo imprescindibles o necesarios en el barrio y actualmente no se encuentran disponibles. Esta pregunta genera un revuelo de ideas en los entrevistados, que consiguen que sea la pregunta con mayor número de respuestas, es decir, con mayor número de proposiciones. Ante esta pregunta ocho personas de treinta y dos consideran que la zona en la que viven ya se encuentran los activos indispensables. Esta respuesta puede estar condicionada por el área donde viven los entrevistados debido a que si son zonas próximas a Almassora, la cantidad de activos a su disposición aumenta.

El activo más requerido sería, con seis sugerencias a su favor, zonas de juegos o parques para niños, aunque tenemos información de que el ayuntamiento está trabajando en ello y se están generando nuevas zonas de ocio infantiles. A continuación, con cinco propuestas, tenemos las zonas peatonales, que en algunos casos existen pero no están adecuadas a la zona por la que pasan, o sería necesario reformarlas. Cuatro personas opinan que uno de los activos más necesarios sería una farmacia, debido a que, como podemos observar en el mapa de activos elaborado, sólo existe una en la zona. Tres personas explicaron la necesidad en la población de que se genere un servicio de urgencias en el centro de salud, ya que hasta el momento no existe y algunos entrevistados confesaron que debían ir caminando al centro de salud más cercano situado en las afueras de Almassora. Por ejemplo, si una persona vive cerca del centro de salud

Barranquet-Perpetuo Socorro y necesita acudir a urgencias un día por la tarde, debería caminar unos veintidós minutos de media hasta el siguiente centro de salud con urgencias más cercano. Es evidente las repercusiones que tiene no poder tener este activo en el área de salud.

Con menor número de sugerencias, pero no por ello menos importantes, tenemos más paradas de autobuses o recorridos más coherentes por la zona. La creación de un instituto, puesto que los jóvenes que finalizan sus estudios en el CEIP Guitarrista Tárrega, les corresponde el IES Álvaro Falomir, instituto ubicado en Almassora. Por último encontraríamos propuestas como centros para jóvenes, cines y teatros.

Desde el vídeo de Pilar Ramo “Costruïm el sud de castelló, La voz de los barrios periféricos del sur de castellón” de 2019, las personas entrevistadas, algunas presidentes de las asociaciones de vecinos en aquel momento, demandan también activos como parques para niños, zonas verdes y peatonales, mayor servicio de transporte público (más paradas de autobuses repartidos por la zona) y recursos para los jóvenes. Pero además añaden nuevas proposiciones como parques con ejercicios para mayores, un polideportivo y la instalación de un punto de Biciclas, inexistente hasta el momento en la zona de los barrios del sur.

Para finalizar, en cuanto a las asociaciones, podemos decir que con respecto a la percepción de la salud de la población, consideran que el barrio en el que viven es un buen lugar para vivir al ser tranquilo y familiar, donde mayoritariamente hay gente mayor y en el que además se tienen todos los recursos necesarios alrededor, y en el caso de no tenerlo al situarse entre Almassora y Castellón siempre pueden recurrir a desplazarse para obtener lo que necesiten. Por otro lado en una no consideran que el barrio en el que viven influya en la salud de ningún modo, mientras que la otra afirma que influye por la cantidad y calidad de los servicios de los que se dispone al ser más bien pocos, por las condiciones socioeconómicas de la población y por la falta de perspectivas de futuro para muchos de sus habitantes. En lo que respecta a los problemas sanitarios más importantes opinan que son las enfermedades crónicas debido a la elevada media de edad del vecindario sobretodo. En cuanto a las causas más habituales de asistencia al centro de salud, entienden que las enfermedades crónicas sería la causa principal, seguida de la pediatría, los resfriados comunes y por último las revisiones médicas. Sobre el apartado de activos en salud, consideran que el activo más necesario y por el momento inexistente sería el servicio de urgencias y lo argumentan manifestando que al centro de salud asisten diversos barrios periféricos y algún barrio situado también en Almassora, por lo que se dispone de población necesaria como para que exista este recurso. Además incluyen parques infantiles y mejora del transporte público.

8.2 Percepción de la población sobre el estado de salud del barrio

a) Influencia del barrio en la salud de los vecinos

En relación al apartado de percepción de la salud de la población, se elaboraron dos preguntas más. En la primera se plantea si consideran que el barrio en el que viven es un buen lugar para vivir y por qué. Es reseñable saber que de las treinta y dos personas que aceptaron ser entrevistadas, ninguna contestó que no a esta pregunta. Todos explicaban que viven en un buen lugar, y además la mayoría de la gente lo describe como un espacio tranquilo, en el que se vive a gusto y que tiene todo lo necesario a su alrededor. Algunos nos explicaron que estaban bien en el barrio, porque era el barrio donde habían vivido toda su vida.

Respecto a la otra cuestión que se les proponía versaba sobre si pensaban que el barrio donde vivían influía de algún modo en la salud de la población. Esta pregunta era bastante abierta y dependía de la interpretación que le dieran los entrevistados. Podían pensar en influencias negativas o influencias positivas.

Por todo esto, hubo más variedad de respuestas, pero sin duda el no fue la opción más destacada. Muchos no conseguían argumentarlo y simplemente decían que no, parece ser que creían firmemente en eso, o que no tengan conocimiento de que pueda influir de algún modo, quizás no se lo habían planteado nunca. Ciertas personas, al contestar no, lo argumentaban exponiendo que pensaban que su barrio era tranquilo y no podía influir de ningún modo negativo a su salud. Todos los que respondieron que no entendieron que la influencia actuaba de modo negativo con respecto a la salud.

Algunas personas nos manifestaron que a su parecer éste sí influía. Varios entrevistados pensaban que lo hacía de forma positiva, añadiendo a su respuesta argumentos como que existía una menor circulación de coches y tranquilidad en el área. El resto entendían que era una influencia totalmente negativa, por lo que explicaban que la contaminación por la circulación de coches, o por las industrias situadas alrededor de la población podían influir directamente sobre la salud. Asimismo, también se comentó que la forma de vida que se pudiera tener por las particularidades del barrio, además de los hábitos arraigados en la población, guardaban relación con la actitud de las personas frente a su implicación en su propia salud.

Estas respuestas se ven directamente condicionadas dependiendo del barrio dónde viva cada persona. Hay barrios que tienen menor número de activos a su alrededor, están más alejados de las carreteras, el tráfico, las fábricas y el ruido. Por lo tanto, dependiendo de la persona que sea entrevistada, esto puede considerarse como algo positivo para su salud, mientras que otras puedan pensar que son necesarios ciertos activos y no los tienen, por lo que consideran que la zona en la que viven puede llegar a repercutir de forma negativa en su salud.

Lo mismo podemos encontrar en los barrios con mayor número de activos a su disposición. Puede que haya personas que estimen que se produce una influencia negativa por ello, aumento del tráfico, mayor cantidad de industria alrededor, mayor ruido por los niños que juegan en el parque, etc. A diferencia de otras que entienden que estas características tienen un impacto positivo sobre su salud.

b) Problemas sanitarios más frecuentes

En lo que respecta a los problemas sanitarios más importantes del barrio, la mayoría de los pacientes considera que el más relevante sería el referente a problemas osteoarticulares. Esto probablemente sea debido a las características de la población, con un alto número de población envejecida. La COVID también adquiere una posición significativa, a nuestro parecer, a causa de la situación de pandemia mundial. Las enfermedades crónicas también son relevantes, condicionado por el privilegio de los países desarrollados. El resfriado común igualmente se considera importante. Otra de las preocupaciones es la contaminación existente, problemática totalmente influenciada por las características de la población del barrio. Por último, tres respuestas no son concluyentes debido, a nuestro parecer, porque los entrevistados no entendieron correctamente lo que se les estaba preguntando, a pesar de las explicaciones.

En el trabajo de Carolina Sánchez Trujillo, las entrevistas van dirigidas a los diferentes actores sociales pertenecientes al centro de salud. A estos se les preguntó sobre la contextualización sociodemográfica de la población, las actuaciones en el ámbito de promoción de la salud, sobre los problemas de salud de la población del centro, la relación entre entidades y el centro de salud y por último por la opinión personal de los profesionales de salud sobre el motivo de consulta médica más frecuente.

Concluyendo, sobre los motivos de consulta médica más común, que la población acude con frecuencia al centro de salud por cuestiones degenerativas osteoarticulares, sobrepeso, diabetes, hipertensión arterial, problemas mentales, adicciones y problemáticas psicosociales y laborales, de mayor a menor frecuencia.

En cuanto a esta misma pregunta, realizada a la población, podemos concluir que la percepción es que la causa más habitual de asistencia al centro de salud son, en primer lugar, problemas degenerativos osteoarticulares, seguido de enfermedades de tipo crónico, donde podríamos incluir a la diabetes y la hipertensión, resfriados comunes y por último piensan que en gran medida la gente asiste al centro de salud para repetir medicación.

Población	Profesionales
Osteoarticulares	Osteoarticulares
Enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión)	Sobrepeso
Refriados comunes	Enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión)
Repetir medicación	Problemas mentales
Revisión	Adicciones
Cáncer	Problemas sociales y laborales

Tabla 9. Comparativa motivos de asistencia al Centro de Salud (elaboración propia)

Resulta interesante comprobar cómo la población no identifica de forma evidente que un posible motivo de consulta sea el sobrepeso. Ninguno de los treinta y dos entrevistados lo considera como una posible opción, mientras que el año pasado, el personal sanitario, entendía que era una de las principales causas de consulta médica. Deberíamos seguir estudiando el por qué de este comportamiento, debido a que existe un amplio abanico de posibles razones. Podría deberse al rechazo de la propia condición, o, todo lo contrario, a la aceptación de la misma a nivel de los países más desarrollados como una característica cada vez más habitual entre la población. Por lo que de ningún modo podría considerarse como un motivo de consulta al centro de salud.

Además, en la entrevista realizada a la muestra poblacional, también se omiten las patologías de tipo mental, las adicciones y los problemas psicosociales y laborales. Podemos pensar que esto es debido al estigma social de estas condiciones unido a las propias características de la entrevista, ya que al ser de tipo cara a cara, los entrevistados podían tener más reparo a la hora de hablar sobre este tipo de enfermedades.

9. LIMITACIONES

En un primer momento, en cuanto a las limitaciones relacionadas con la realización del trabajo de campo, la pandemia mundial en la que nos encontramos ha influido de forma negativa dificultando la obtención de información. Al principio generó muchos problemas para poder comunicarse con la trabajadora social del centro de salud, la cuál ya había colaborado en el trabajo del año pasado, por ello debíamos contactar con ella, sobretudo al principio, para poder comprender cómo era el funcionamiento del centro de salud, su compromiso en la promoción de la salud, la relación existente con las asociaciones, el entorno y la población asociada al centro de salud y además también necesitábamos tener clara el área de salud perteneciente al centro y los activos en salud de la zona.

Se han realizado dos reuniones presenciales con la trabajadora social, pero el mayor intercambio de información se ha producido a través de vía telemática utilizando correos electrónicos, un total de catorce, incluido el uso de la aplicación *Whatsapp*. Pero debido a la impersonalidad de estos medios de comunicación muchas veces se han generado malentendidos sobre la información exacta requerida, siendo necesario tener que acudir al ayuntamiento y al hospital general con la finalidad de poder ubicar correctamente los límites concretos del área básica de salud, sin poder encontrar ninguna respuesta. Ha hecho falta tres meses debido a que no existe un mapa que refleje la situación real del centro de forma oficial en ningún lugar, ni en el ayuntamiento, ni desde la *Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Departament de Salut de Castelló ubicado en el Hospital Universitario General de Castellón* se encuentra un mapa claramente delimitado de la zona, ni se contemplan tampoco que existan las personas que tienen asociadas al centro de salud. Ya que no se dispone de un mapa oficial claramente definido estas personas, aunque igual viven a escasamente dos calles del centro de salud, están ubicadas en cualquiera de los centro de salud más próximos de Castellón (Gran Vía y Palleter). Por todo lo anteriormente explicado, al final sólo se tuvo en cuenta el criterio de la trabajadora social y se trazaron los límites conforme su juicio.

Por otro lado, y a consecuencia de la pandemia, algunas de las asociaciones continúan cerradas a día de hoy, por lo que contactar con ellas ha resultado imposible incluso de forma telemática. Las asociaciones de las que tenemos constancia de que han paralizado su actividad son la Asociación de Pensionistas y Jubilados Los Ángeles-La Unión y la Asociación de Vecinos del barrio de Fátima. Con el resto de asociaciones tampoco ha sido fácil contactar, muchas de ellas no han llegado a responder los correos electrónicos que se han enviado. Tres han respondido, bien a los correos o bien de forma presencial como es el caso de las Integradoras Sociales. Conociendo los problemas de la zona las Integradoras Sociales se ofrecieron a ayudar para poder contactar con algunas asociaciones y aún así no obtuvimos respuesta alguna. Por ello, poder obtener información por parte de estos activos ha sido muy complicado, no han colaborado todo lo deseable. Por lo que se ha visto limitada la posibilidad de contar con una mayor variedad de respuestas, ya que estas asociaciones manejan grupos más amplios de población .

Estas limitaciones que hemos expuesto ya se identifican en el proyecto anterior realizado por Carolina Sánchez Trujillo: *“existen limitaciones que ya se han hecho presentes en el centro cuando se han llevado a cabo otras actividades de promoción de la salud, tales como la escasez de recursos y la poca disponibilidad que pudiera tener parte del personal sanitario o las asociaciones encargadas de llevar a cabo este proyecto (elaboración de la estrategia y dinamización comunitaria), todo ello sumado a las limitaciones causadas por la saturación que presenta el personal sanitario con su trabajo diario”* (19).

La pandemia también ha influido en el proceso de las entrevistas. Hasta este último mes no se han podido realizar las entrevistas presenciales, a causa de las restricciones existentes, la

reducción de personal asistencial que debía dedicarse a tareas relacionadas con la COVID y también la disminución de la asistencia in situ de los pacientes debido al miedo que generaba la pandemia, pero también debido al descenso en el número de pacientes que podían asumir los facultativos de forma presencial y la nueva introducción de la asistencia telemática. Estas limitaciones hacían inviable poder realizar unas entrevistas de una forma adecuada, ya que, en primer lugar, era comprometido presenciarse en el centro de salud para poder realizarlas, y además tampoco asistían pacientes suficientes como para poder hacer las entrevistas en una semana. Destacar que se eligió el centro de salud como lugar de recogida de datos debido a la problemática de que suponía ir preguntando por el barrio debido a la COVID y a las facilidades que suponía contar con la colaboración de la trabajadora social y Carolina Sánchez Trujillo, además de con el permiso del centro y a la hora de entrevistar de forma oficial a las personas, ya que hacerlo en esas circunstancias facilitaría una mayor colaboración por parte de los entrevistados.

Por último, es necesario subrayar que la validez externa del estudio es débil debido a que los resultados obtenidos en este trabajo no pueden ser extrapolables a la población general. Contamos con la participación única de dos chicas jóvenes, la mayoría de entrevistados fueron personas mayores o de mediana edad, y una parte de las personas que acudieron esos días no quisieron participar.

10.FORTALEZAS

En cuanto a las fortalezas de este trabajo, podemos referirnos al grado de compromiso existente por parte del personal del centro de salud Barranquet-Perpetuo Socorro, así como por las distintas asociaciones ubicadas en el área básica de salud. Debido a las características de esta población, la interacción que se produce entre el centro de salud y las asociaciones está muy afianzado, haciendo posible la colaboración ente las distintas autoridades en salud para aunar esfuerzos y poder así fomentar la promoción de la salud en la población desde diferentes estrategias.

11.RECOMENDACIONES

Consideramos que sería interesante estudiar la causa por la cual existe una percepción de la población diferente a la de los profesionales con respecto a los principales motivos de consulta. Somos conscientes de que la obtención de datos para poder elaborar este resultado se ha llevado a cabo mediante la realización de entrevistas a un grupo muy limitado de la población, condicionados por la situación de pandemia en la que vivimos, por lo que consideramos adecuado llevar a cabo otra encuesta dirigida a una muestra más representativa de la población, quizás en otras condiciones, con la finalidad de comprobar si realmente esa diferencia entre la percepción

de profesionales y la población en cuanto a los motivos de consulta se refiere. Si se confirmasen los datos del presente trabajo, quedarían identificadas dos líneas muy importantes de trabajo en lo que a la promoción de la salud se refiere: informar y trabajar conjuntamente con la comunidad los problemas de salud mental ocasionadas por adicciones, problemas psicosociales y laboral, y el problema del sobrepeso. Además de los temas, quedaría patente el enfoque del trabajo que debería realizarse dirigiendo las acciones a informar sobre la predominancia de este tipo de problemas de salud en la población del barrio.

Por otro lado, debido a las dificultades de la pandemia no se ha podido elaborar el Mapa de Activos de una forma más participativa, tal y como se pretendía hacer al inicio del trabajo, con ayuda de las asociaciones y la población, por lo que se recomienda ampliar la información de este mapa mediante un proceso participativo con las asociaciones del barrio, favoreciendo así un mayor empoderamiento de la población, procedimiento que podría ser utilizado además para una mayor comprensión de su utilidad y para promover su uso entre la población.

12. AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que han accedido a participar en este proyecto de alguna forma u otra, sin toda ellas no hubiera sido posible. Este año ha sido especialmente difícil como para poder llevar a cabo un trabajo así debido a la situación que estamos viviendo, por esto gracias de nuevo por ese tiempo que habéis invertido en tratar de mejorar y construir nuevos caminos hacia la promoción de la salud y la participación ciudadana. Gracias Gonzalo, por todo el apoyo brindado, por las ideas, la comprensión y la paciencia que has tenido, además de los días de corrección interminables. Gracias Rebeca por tu ánimo durante todo este tiempo. Gracias tíos por haberme ayudado cuando más difícil se veía todo. No te gusta, pero pasas a la historia, gracias Pau por aconsejarme, apoyarme, animarme, levantarme cada vez que me hundía y al final saberte el trabajo mejor que yo, gracias. Los pares gracias por haberme apoyado con todo, aguantar mis disgustos y mis lloreras durante todo el proceso, pero sobretodo por impulsarme a seguir cuando todo parecía más complicado. Gracias por estar ahí.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rios O, Leonardo A. [A Reflection on the Biomedical Research Model]. Salud Uninorte [Internet]. 2011 [citado 15 de octubre de 2020];27(2):289-297. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81722541012>
2. Oblitas LA. [The state of the art of Health Psychology]. Revista de Psicología [Internet]. 2008 [citado 15 de octubre de 2020];XXVI(2):219-256. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829507002>

3. Borrell F. [The evolving biopsychosocial model]. Med Clin (Barc) [Internet]. 2002 [citado 21 de noviembre de 2020];119(5):175-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73355-1](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73355-1)
4. Vergara MC. [Three historical conceptions of the health-disease process]. Promocion Salud [Internet]. 2007 [citado 15 de octubre de 2020];12:41-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
5. OMS. ¿Como define la OMS la salud? [Internet]. WHO. [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
6. Gavidia V, Talavera M. La construccion del concepto salud. DIDACT. CIENC. EXP. SOC [Internet]. 2012 [citado 19 de octubre de 2020];26:161-175. Disponible en: <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
7. Villar M. [Determining factors in health: Importance of prevention]. Acta Med Per [Internet]. 2011 [citado 21 de noviembre de 2020]; 28(4):237-241. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
8. OMS. Conferencia Internacional sobre Atencion Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [citado 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5627.pdf
9. Chan M. Return to Alma-Ata. Lancet [Internet]. 2008 [citado 22 de noviembre de 2020];372(9642):863. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61369-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61369-0)
10. OMS. Promocion de la Salud: Glosario [Internet]. Ginebra: OMS; 1998 [citado 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
11. OMS. Atencion primaria de salud [Internet]. OMS; 2021 [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
12. OMS. Carta de Ottawa para la Promocion de las Salud [Internet]. Ottawa (CA): OMS; 1986 [citado 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
13. Dahlgren G, Whitehead M. [Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2] [Internet]. Regional Office for Europe; 2006 [citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comision para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de politicas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. Madrid, 2015 [citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf
15. Wilkinson R, Marmot M. Los hechos probados: los determinantes sociales de la salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2003 [citado 22 de noviembre

- de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
16. Vinje HF, Langeland E, Bull T. Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In: Mittelmark M. et al. (eds) The Handbook of Salutogenesis. Springer, Cham [Internet]. 2017 [citado 24 de marzo de 2021]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_4
 17. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernan M. [Analysis of the salutogenic model in Spain: application in public health and implications for the health assets model]. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2011 [citado 24 de marzo de 2021];85(2):129-39. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf
 18. Hernan M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogenesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Publica [Internet]. Granada 2013 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://reddedalo.files.wordpress.com/2014/06/2013-easp-analisis-del-modelo-salutogenico.pdf>
 19. Sanchez C. Diseño de un programa de intervención comunitaria en el barrio del barranquet [Design of a community intervention program in the neighborhood of barranquet]. Castelló: Universitat Jaume I; 2020
 20. Cofiño R, Aviño D, Benede CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. [Asset-based health promotion: how to work with this perspective in local interventions?]. Gac Sanit [Internet]. 2016 [citado 10 de abril de 2021];30(1):93-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
 21. Cubillo J, Rosado N, Real MA, Sanz V, Garcia B, Kennedy I. [From treasure map to health asset network]. Comunidad [Internet]. 2017 [citado 1 de abril de 2021];19(2). Disponible en: <https://comunidad.semfyec.es/del-mapa-del-tesoro-a-la-red-de-activos-en-salud/>.
 22. Perez A. [On qualitative methodology]. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2002 [citado 8 de mayo de 2021];76(5):373-380. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/editorial.pdf>
 23. Tamayo G. [Sampling designs in research]. Semestre Económico [Internet]. 2001 [citado 8 de mayo de 2021];4(7). Disponible en: <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410/1542>
 24. Ruiz E, Carrasco E. Mapa de activos en salud. Rafalafena | Docencia Rafalafena [Internet]. [citado 23 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.google.com/maps/d/viewer?hl=es&mid=1OD9NGiTNkQnfaV5oknScN04kAn7TE59s&ll=39.986656440191965%2C-0.02008440000007994&z=15>
 25. Berrocal A, Becerril S, Vazquez M, Blanco M. [Mapping my neighborhood's health assets: our experience]. Comunidad [Internet]. 2020 [citado 23 de enero de 2021];22(2):4. Disponible en: <https://comunidad.semfyec.es/mapeando-los-activos-en-salud-de-mi-barrio-nuestra-experiencia/>.
 26. Troncoso P, Amaya A. [Interview: a practical guide for qualitative data collection in health research]. Rev Fac Med [Internet]. 2017 [citado 26 de abril de 2021]; 65(2):329-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>

27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS [Internet]. Madrid, 2015 [citado 15 de diciembre de 2020]. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf

14. ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO

- **En cuanto a la percepción de la salud de la población:**

1. ¿Considera que el barrio en el que vive es un buen lugar para vivir? ¿Por qué?
2. ¿Cree que el barrio donde vive influye en su salud de algún modo? En caso afirmativo, explíquelo.
3. ¿Cuáles considera que son los problemas sanitarios más importantes en su barrio? (Cite cuatro)
4. ¿Cuáles cree que son las causas más habituales de asistencia al centro de salud de su barrio? (Cite cuatro)

- **En cuanto a los recursos y activos en salud:**



Para su información, un **activo para la salud** se considera un factor o recurso que mejora la capacidad de la población para mantener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud. Por ejemplo, centros escolares, sanitarios, parques, asociaciones vecinales, etc.

En estos momentos **estamos construyendo un mapa de activos en salud** desde el Centro de Salud Barranquet-Perpetuo Socorro y queremos hacerlo contando con los **vecinos y vecinas del barrio**. En el siguiente enlace puede encontrar el mapa de activos que se está construyendo para el barrio: <https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1srJC1AvplFikitBxL6hd0oyiiGNz6lWb&usp=sharing>



5. ¿Qué activos existentes en el barrio considera que faltan por ubicar en el mapa?
6. ¿Qué activos en salud cree que hacen falta en su barrio y no existen?