

Red Local de Salud de Judimendi: evaluación de una experiencia comunitaria en Vitoria-Gasteiz

Judimendi Local Health Network: evaluation of a community experience in Vitoria-Gasteiz

Iratxe López López de Araya. Departamento de Sociología y Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Leioa (España)

Iosune Egaña Txurruka. Subdirección de Salud Pública de Álava. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (España)

María Dolores Ureña Heras. Subdirección de Salud Pública de Álava. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (España)

Laura Coll Planas. Grupo de Investigación en Metodología, Métodos, Modelos y Resultados de las Ciencias Sociales y de la Salud (M3O). Facultad de Ciencias de la Salud y del Bienestar. Centro de Investigación en Salud y Atención Social (CESS). Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña (UVic-UCC). Instituto de Investigación e Innovación en Ciencias de la Vida y de la Salud de la Cataluña Central (IRIS-CC). Vic (España)

FECHA DE RECEPCIÓN:
27 DE MAYO DE 2024
FECHA DE ACEPTACIÓN:
11 DE NOVIEMBRE DE 2024

Para contactar:

Iratxe López López de Araya.
iratxe.lopez@ehu.eus

Editor/a responsable:
Francisco Díaz Expósito

RESUMEN

Objetivo. Evaluar el proceso de la Red Local de Salud de Judimendi (RLS) en un barrio de Vitoria-Gasteiz durante 2016-2022.

Método. Estudio observacional mixto con métodos cuantitativos y cualitativos. Cuantitativamente, se utilizó la «Herramienta para la equidad» y se elaboró un cuestionario online dirigido al grupo promotor de la RLS de Judimendi. Cualitativamente, se hizo un sociograma mediante una sesión participativa con agentes comunitarios (administraciones, servicios públicos, asociaciones, etc.) involucrados en la red y se llevaron a cabo dos grupos focales con la población del barrio.

Resultados. La herramienta de equidad señaló que los ejes de desigualdad de género, discapacidad, territorio, clase social y edad son los priorizados por la red. Mediante el cuestionario, el grupo promotor sostiene que tanto las necesidades y prioridades como las fortalezas y capacidades de la comunidad han sido identificadas. El 57,1% de los agentes declara no conocer totalmente las tareas que corresponden a cada agente. Conforme al sociograma, las relaciones entre los agentes que participan en la red se ven influenciadas por los niveles de actuación: político, técnico y ciudadano. En los grupos focales se identificaron tres áreas interrelacionadas: discursos sobre la RLS Judimendi y salud, efectos positivos y áreas de mejora de la red.

Conclusiones. La evaluación del proceso permite reflexionar sobre la red, identificar aquello que

funciona y los cambios que se esperan para la mejora. La complejidad del proceso evaluado exige del pluralismo metodológico y de la participación comunitaria en la evaluación de las acciones en salud comunitaria.

Palabras clave: evaluación, participación comunitaria, promoción de la salud, comunidad e investigación cualitativa.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the process of the Judimendi Local Health Network (LHN) in a Vitoria-Gasteiz, Spain neighbourhood over the period 2016-2022.

Method. Mixed observational study with quantitative and qualitative methods. Quantitatively, "Equity Tool" was used and an online questionnaire was devised for the Judimendi LHN promoter group. Qualitatively, a sociogram was performed by means of a participatory session with community agents (administrations, public services, associations, etc.) involved in the network and two focus groups were conducted with the neighborhood population.

Results. The equity tool pointed out that gender, inequality, disability, territory, social class and age are the axes prioritized by the network. By means of the questionnaire the promoter group upholds that the needs and priorities such as the community's strengths and capacities were identified. A total of 57.1% of agents state that they are not fully aware of the tasks that correspond to each agent. According to the socio-



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

gram, the relationships between agents taking part in the network are impacted by the level of action - political, technical and citizens. Three interrelated areas were identified in the focus groups: discourses on the Judimendi LHN and health, positive effects and areas to improve the network.

Conclusions. *Evaluation of the process enables reflection on the network, identifying what works and the expected changes for improvement. The complexity of the process requires methodological pluralism and community taking part in the evaluation of community health actions.*

Keywords: *Community, Community Participation, Evaluation, Health Promotion and Qualitative Research.*

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones dirigidas a la modificación de los determinantes de la salud¹⁻⁴ son versátiles y a diferentes niveles. Estas van desde modificar el contexto social y los entornos, hasta aquellas intervenciones dirigidas a nivel individual para modificar los estilos de vida o reducir las consecuencias para la salud⁵. En la intersección de acciones en los diferentes niveles es donde se puede situar la salud comunitaria, entendida como el conjunto de acciones encaminadas a mejorar la salud de la población en un contexto determinado⁶. Se caracterizan por tres principios fundamentales: la diversidad entre los participantes que ponen en marcha la acción, la autonomía que poseen las personas a la hora de tomar decisiones y las relaciones que se construyen durante el proceso⁷. El desarrollo del trabajo en red a nivel local es una manera adecuada de abordar la salud comunitaria⁸. Las redes ofrecen una gran capacidad de adaptación a las condiciones locales, fomentando la creación de sinergias y permitiendo una mayor efectividad y eficiencia de las actuaciones realizadas en un determinado territorio^{9,10}. Sin embargo, sus efectos pueden ser difíciles de medir, implican la colaboración de diversos agentes, presentando desafíos en el liderazgo y la competencia, que puede estar limitada por factores externos, como influencias políticas o la obtención de apoyo y recursos^{11,12}.

A nivel estatal y autonómico, existen redes con características similares, como la Red Local de Acción en Salud en Andalucía¹³, redes locales de salud pública en Cataluña¹⁴, la Red Asturias Actúa¹⁴, la Red Local de Salud de Oñati¹⁵ y la Red Local de Salud en Urduliz¹⁶, entre otras.

Con este propósito, en el año 2016 se creó la Red Local de Salud (RLS) en el barrio de Judimendi de

Vitoria-Gasteiz¹⁷. Desde entonces diferentes instituciones y agentes sociales participan con un único fin: mejorar el bienestar de la comunidad.

La red comenzó haciendo una exploración y análisis de las necesidades y activos de la comunidad. Para ello, se creó un grupo promotor (GP) y se llevó a cabo el diagnóstico de salud de Judimendi. En 2023, el barrio tenía una población total de 5.565 habitantes, con 26,7% de personas mayores de 65 años y un 15% de mayores de 19 años; un 53,7% de mujeres, un 18,7% con nacionalidad extranjera, y un índice de privación socioeconómico MEDEA situado en el quintil 4 para una sección censal y en los quintiles 5 para las otras tres secciones censales que le pertenecen^{18,19}. Destaca la soledad no deseada, principalmente en personas mayores y la prevalencia de hiperlipidemia del 24,6% entre las mujeres. Los problemas de ansiedad y/o depresión tienen una prevalencia de 22,2% entre las mujeres y de 11,7% entre los hombres²⁰.

La evaluación es una fase fundamental en actuaciones de distintos ámbitos; no obstante, sigue siendo un asunto pendiente en muchas de las acciones que se desarrollan en torno a la salud comunitaria. Hasta el momento, la evidencia que han generado las experiencias desarrolladas es limitada, y esto surge por la propia complejidad de los procesos que se evalúan⁸. La evaluación en salud comunitaria incluye cuatro tipos principales: la evaluación formativa se hace en la fase de desarrollo para explorar su factibilidad y mejorar la intervención de acuerdo con la opinión de los participantes; la evaluación de la estructura es aquella que valora la adecuación de los recursos a las necesidades; la evaluación del proceso es un tipo de evaluación formativa que se enfoca en la intervención misma y debe ocurrir a lo largo de la «vida» de una iniciativa y, finalmente, la evaluación de los resultados comprueba si se han cumplido los objetivos de una intervención⁸.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue evaluar el proceso de la RLS de Judimendi, y de forma específica: O1) evaluar la equidad de los ejes de desigualdad dentro de la RLS (a nivel de grupo de trabajo, diagnóstico y actuación); O2) examinar el grado de autonomía del grupo promotor de la RLS; O3) analizar las relaciones existentes entre los agentes que participan en la RLS, y O4) conocer la percepción de la ciudadanía acerca de la RLS. Para ello, se tomó como referencia la Guía para una participación generadora de bienestar y salud publicada por el Gobierno Vasco en el año 2020⁷, que profundiza en tres principios: diversidad, autonomía, relaciones, los cuales son esenciales para la acción comunitaria.

MÉTODO

Teniendo en cuenta que la RLS Judimendi se caracteriza por ser comunitaria y compleja, se opta por el pluralismo metodológico como opción más adecuada para dar respuesta a los objetivos de investigación. Se sigue una metodología mixta mediante la complementación de métodos cuantitativos y cualitativos²¹. La evaluación del proceso se realizó entre enero y marzo de 2023 en Vitoria-Gasteiz. El estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación científica del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Respecto a la parte cuantitativa, para poder evaluar la equidad de la RLS (O1) se utilizó la herramienta de evaluación del grado de equidad creada por el Observatorio de Salud de Asturias²². Se valoraron ocho ejes de desigualdad social (clase, género, edad, etnia/cultura, territorio, discapacidad, orientación/identidad sexual, ideología/creencias) en tres niveles de intervención: creación del grupo de trabajo, diagnóstico de salud y actuaciones realizadas. La puesta en marcha de la herramienta de equidad se hizo online junto a tres integrantes del GP (enfermera del Ambulatorio Olaguibel, técnica de Salud Pública de la Subdirección de Salud Pública y Adicciones, técnica en intervención social miembro del Equipo Pastoral).

Para poder examinar el grado de autonomía del grupo promotor de la RLS (O2), se elaboró un cuestionario online, estructurado en cuatro apartados: 1) objetivo y reglas del juego de la red; 2) marco de trabajo común; 3) identificación de necesidades y prioridades locales, y 4) identificación de fortalezas y capacidades locales, adaptados de la *Guía para una participación generadora de bienestar y salud*⁶. El cuestionario fue cumplimentado por 14 integrantes del GP de la red. Se hizo un análisis descriptivo de la información.

Cualitativamente, para analizar las relaciones existentes entre los agentes que participan en la

RLS de Judimendi (O3), se elaboró un sociograma a través de una sesión participativa, previo consentimiento informado²³. Se hizo en la Asociación Vecinal de Judimendi y asistieron ocho agentes comunitarios. A seis actores que no pudieron asistir a la sesión se les devolvió el resultado de la misma para que hiciesen nuevas aportaciones. Los agentes participantes en la sesión revisaron y dieron *feedback* sobre los resultados.

Para conocer la percepción actual de la comunidad acerca de la RLS de Judimendi (O4), se hicieron dos grupos focales, el primero de cinco personas (tres mujeres y dos hombres) y el segundo de cuatro personas (dos mujeres y dos hombres). El muestreo fue intencional, los perfiles y sus características sociodemográficas se especifican en la tabla 1. Una investigadora externa dinamizó los grupos focales, sin ninguna relación directa con las personas participantes. Los grupos focales se realizaron en la Asociación Vecinal, con la ayuda de un guion estructurado, con la posibilidad de dar respuesta libre y tuvieron un promedio de duración de 1 hora. Todas las personas fueron informadas de antemano acerca del estudio y dieron su consentimiento por escrito a participar. Los grupos focales fueron grabados y las grabaciones posteriormente fueron transcritas, y se analizaron siguiendo un análisis de contenido temático²⁴.

RESULTADOS

Equidad y autonomía dentro de la Red Local de Salud

Respecto a la evaluación de equidad de la red, de manera global los ejes de desigualdad de género, discapacidad, territorio, clase social y edad son los priorizados por la RLS de Judimendi en los tres niveles de evaluación: grupo de trabajo, diagnóstico y actuación. Dentro del grupo de trabajo de la red se anteponen los ejes de género, discapacidad, territorio y edad. En el diagnóstico comunitario se priorizaron los mismos más el de clase social. En

Tabla 1. Perfil y características sociodemográficas de las personas participantes

	Sexo/género	Edad (años)	Nivel de estudios	Situación laboral	Origen
Grupo focal 1	Hombre	65	Universitarios	Trabajando	Nativo
	Hombre	32	Universitarios	Desempleado	Nativo
	Mujer	75	Secundarios	Jubilada	Nativa
	Mujer	66	Primarios	Jubilada	Nativa
	Mujer	36	Universitarios	Desempleada	Migrada
Grupo focal 2	Hombre	39	Secundarios	Trabajando	Nativo
	Hombre	71	Universitarios	Jubilado	Nativo
	Mujer	43	Universitarios	Desempleada	Migrada
	Mujer	37	Universitarios	Trabajando	Nativa

las actuaciones, se tienen en cuenta los mismos ejes que en el diagnóstico, incluyendo el eje etnia/cultura.

En cuanto a examinar el grado de autonomía del grupo promotor de la RLS de Judimendi y su capacidad de autogestión y organización, los resultados del cuestionario muestran que la totalidad de las personas encuestadas están familiarizadas con el objetivo inicial de la RLS, coincidiendo en que tanto el objetivo como el plan de trabajo se definieron de manera conjunta. Es relevante señalar que un 71,4% confirma la existencia de documentación accesible que abarca tanto los objetivos como el plan de trabajo.

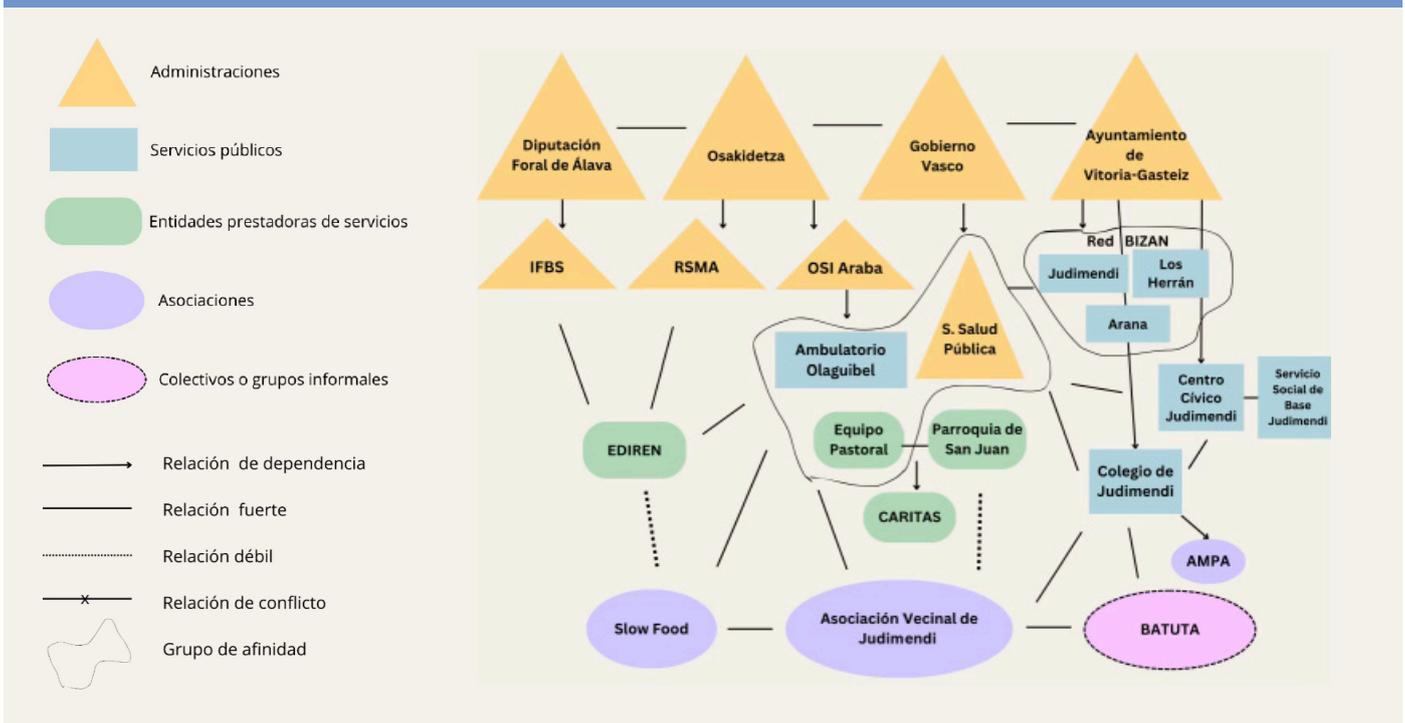
La descripción del marco de trabajo de la red indica que la planificación de las sesiones es colaborativa, lo que implica una participación activa del GP. La mayoría de personas encuestadas señalan que las vías de comunicación están acordadas de manera previa y conjunta. El hecho de que el 85,7% confirme que las convocatorias y devoluciones de las sesiones de trabajo se hacen tanto online como en formato impreso sugiere una variedad de canales para la colaboración y la difusión. Más de la mitad de los agentes del grupo promotor no conocen totalmente las tareas que corresponden a cada agente. Esto puede indicar una falta de claridad en las responsabilidades individuales dentro del grupo, lo que podría afectar al funcionamiento de la red.

Las respuestas muestran un respaldo generalizado a la capacidad de la RLS de Judimendi para identificar tanto las necesidades y prioridades como las fortalezas y capacidades locales e incorporarlas al proceso de la red. Se afirma que la red ha hecho sesiones de trabajo con la ciudadanía y existen espacios comunes donde poder hacer aportaciones, lo que indica una gestión efectiva y participativa, para abordar los principales problemas de la comunidad y encontrar soluciones. El 85,7% coincide en que la RLS de Judimendi identifica las iniciativas existentes en el barrio, buscando generar sinergias con la red, e invita a otras personas y colectivos a compartir sus propuestas. Las personas encuestadas principalmente reconocen que las actividades lúdico-festivas y los talleres formativos impulsados por la red desempeñan un papel clave en la creación de sinergias dentro de la comunidad.

Dinámicas relacionales en la Red Local de Salud de Judimendi

Respecto al análisis de las relaciones existentes entre los agentes que participan en la RLS de Judimendi, en el sociograma (figura 1) se observa cómo las relaciones están influenciadas por el nivel de actuación y las colaboraciones. A nivel político, las instituciones mantienen un vínculo fuerte y numerosas administraciones y servicios públicos dependen de ellas. El grupo de afinidad está conformado por las tres personas de referencia pertenecientes a la red.

Figura 1. Sociograma que representa las relaciones existentes entre los agentes que participan en la RLS de Judimendi



IFBS: Instituto Foral de Bienestar Social; RSMA: Red de Salud Mental de Araba; OSI Araba: Organización Sanitaria Integrada de Araba; Ediren: Cooperativa de Salud; Batuta: Red de solidaridad del barrio de Judimendi; Red Bizan: Centros Socioculturales de Mayores de Vitoria-Gasteiz.

necientes al Ambulatorio Olaguibel, la Subdirección de Salud Pública y el Equipo Pastoral, y son las principales encargadas de coordinar e impulsar la red. Este grupo también actúa como fundamental interlocutor entre la administración pública y la ciudadanía. La Asociación Vecinal de Judimendi es un punto de encuentro importante para la RLS, y en muchas ocasiones actúa como mediadora entre los agentes implicados. El grupo de la Red Bizan lo constituyen los diferentes centros socioculturales de mayores que mantienen vínculos con los diversos agentes involucrados, siendo Bizan Judimendi el de mayor protagonismo. Actores que se sitúan en el nivel servicios como son el centro educativo, el centro cívico y el servicio social de base poseen interacción entre ellos y con la mayoría de agentes implicados en la red. Ediren, como cooperativa de salud, hace colaboraciones puntuales con los diferentes agentes. Entre el tejido asociativo local se muestra una fuerte interacción, se percibe que en ese nivel ciudadano, donde se sitúan la asociación vecinal y el colectivo Batuta, existe disconformidad con decisiones políticas tomadas por parte de la administración, y es por ello que presentan relaciones dispares.

Discursos de los grupos focales

El análisis de los discursos generados a través de los grupos focales permite conocer la actual percepción de la comunidad acerca de la RLS de Judimendi. Se identifican tres áreas temáticas relacionadas entre sí, y condicionadas por las visiones de las personas participantes.

Discursos sobre la Red Local de Salud de Judimendi y la salud

En cuanto al conocimiento sobre la red, las personas entrevistadas conocen la RLS de Judimendi, y la mayoría asegura haberla conocido a través de las tres personas de referencia de la RLS, también se mencionan la Asociación Vecinal y el correo electrónico (tabla 2, citas 1-2). Respecto al modo de conceptualizar la salud, aparecen diferentes discursos. Entre los participantes que muestran desconocimiento sobre el propósito de la red, predomina el discurso que entiende la salud desde una perspectiva limitada que se enfoca exclusivamente en la ausencia de enfermedad y en la atención y el tratamiento de patologías (tabla 2, citas 3 y 4). Las personas entrevistadas que manifiestan conocer el objetivo de la red superan la concepción de salud como ausencia de enfermedad. Presentan un discurso donde la salud es entendida como un fenómeno complejo, que busca el bienestar de la comunidad en su totalidad y tienen en cuenta los determinantes sociales de salud (tabla 2, citas 5 y 6). Se subraya que la concepción de salud más biomédica está generalizada entre la vecindad (tabla 2, cita 7).

Efectos positivos de la Red Local de Salud de Judimendi

Destacan de la RLS la promoción del capital social y cultural, enfatizando en el surgimiento de nuevas relaciones —de amistad, amorosas— entre las personas del barrio, así como el reforzamiento de las relaciones entre agentes ya existentes en el vecindario. Está posibilitando conocerse y reconocerse, fomentando la capacidad de la comunidad para trabajar conjuntamente y contribuir así a su propio desarrollo (tabla 3, citas 8-12).

Asimismo, la red proporciona gran cantidad de información a la comunidad, lo que permite la adquisición de nuevos conocimientos (tabla 3, cita 12). Las representaciones dan a conocer que la red adopta una perspectiva intergeneracional que permite favorecer y mejorar las relaciones entre

Tabla 2. Discursos sobre la Red Local de Salud de Judimendi y la salud

1. «Pues yo la conocí directamente a través de la asociación de vecinos...» (hombre de 65 años, GF1)
2. «[...] pero sí, fue más formalmente, por un email que la conocí» (hombre de 32 años, GF1)
3. «[...] como una atención más directa en una zona en concreto, no lo sé no te sé responder» (hombre de 39 años, GF2)
4. «Me imagino que la red local significa conocer, si es de salud, las patologías del barrio como tal, de algunas enfermedades o algo así, tener conocimiento de cada barrio, cada auditoría y llevarlo así al centro de salud más grande» (mujer migrada de 36 años, GF1)
5. «Pues tiene que ver, por ejemplo, con la calidad del aire que respiramos, por si hay mucho tráfico o poco tráfico, si eso incide en la salud, y, qué sé, cosas de esas. Claro, el término salud yo lo entiendo de otra manera, ¿eh? El término salud es muy amplio, no solamente, como dice x, no es que cuando te duele te vas a un sitio, sino que dar pasos que tiendan a tener cada vez una salud mejor» (hombre de 65 años, GF1)
6. «[...] pero lo que yo entendía como red de salud es todo lo que rodea la salud no patologizada, es decir, todo lo que se trata de salud comunitaria. Entonces, todo lo que nos rodea es salud, no es solo la enfermedad, sino las partes de activarnos, de pasear, de sentirnos sociales, de conocernos, luego ahí también los agentes de salud pueden hacer pesquisas, pueden conocer cómo vivimos, ¿no? Pero a través de esas relaciones informales que tenemos en el barrio[...].» (hombre de 37 años, GF1)
7. «Yo creo que la mayoría de los vecinos y vecinas del barrio todavía no somos al cien por cien conscientes de la importancia que puede tener el preocuparnos un poco más por la salud..., que solamente nos acordamos de la salud cuando estamos enfermos» (hombre de 65 años, GF1)

Tabla 3. Efectos positivos

Capital social y cultural

- 8. «Y luego, pues me ha aportado también conocer a gente del barrio que, bueno, pues en ciertos momentos pues los he tenido ahí, los tengo ahí y son amistades nuevas» (mujer de 37 años, GF2)
- 9. «Ahora, también yo aquí en los paseos, también he encontrado una pareja» (jubilada de 66 años, GF1)
- 10. «[...] relacionándonos, que nos conocíamos de vista, de llegar, dejar a los niños o en las salidas del cole y hola, hola, chau, chau, pero a raíz de esto nos conocemos más, nos relacionamos» (mujer migrada de 43 años, GF2)
- 11. «[...] Entonces tengo la sensación de que aquí hay mucha gente moviéndose, [...], agentes, diversos agentes, cada uno en su circuitito, pero que toda esa gente, en la medida que vamos viéndola en perspectiva y vamos siendo conscientes de que hay mucha gente moviéndose, creo que vamos dando pasos de cara a unificar esfuerzos, a unificar, o sea, a hacer cosas mayores todavía» (hombre de 65 años, GF1)
- 12. «Antes no sabía, no tenía ni idea de lo que era el barrio ni las cosas que había [...] que nos informan de cosas, nos llevan a ver sitios [...]» (Jubilada de 66 años, GF1)

Perspectiva intergeneracional

- 13. «[...] pero no solo para la gente mayor, sino también para gente de nuestra edad, las mujeres [...] O sea, que creo que la labor que hacen es buenísima, sobre todo en el tema de unir la infancia, los niños que hay en el barrio, con las personas ya más mayores... A nivel de todas las edades, parece que solo trabajan con gente mayor, pero no, va dirigida a todas las edades» (mujer de 37 años, GF2)

Diversidad cultural

- 14. «Porque la gran mayoría de las que están participando son de Marruecos... Y hay una... libanesa, creo... A ver, no. De Argelia, no recuerdo bien. Hay... latinas, como tal somos tres [...] Las latinas somos... no sé, hablamos un poco más. También se nos da más fácil porque hablamos el castellano. Porque las de Marruecos, a pesar de que tienen... Hay unas que tienen 23 años acá y todavía no hablan muy bien el español» (mujer migrada de 36 años, GF1)

Impacto en el bienestar

- 15. «[...] hablamos, nos divertimos, de verdad que se pasa buenísimo, [...] que ya saben y nos ayudamos entre unas y otras, y la hemos pasado muy bien, de verdad que sí» (mujer migrada de 43 años, GF2)
- 16. «Se ha generado un grupo tan tan agradable, luego nos juntamos [...], estamos ahí después del paseo, y [...] un ambiente de cercanía, de [...] Me he sentido super super superacogido porque yo soy novato en el grupo, pero superacogido, y trato de aportarles. Pues yo, además, es que me encanta acercarme a los cafés, que no se muevan, hay gente bastante mayor, ¿eh? [...]. A mí me ha aportado bastante y bastante socializarme con personas que lo necesitan» (jubilado de 71 años, GF2)
- 17. «A mí me encanta. Y cada vez hay más personas que se motivan en participar [...]. Y entonces esos tipos de proyectos, sí creo que son muy positivos para la población» (mujer migrada de 36 años, GF1)
- 18. «Sí, sí. Porque se habla mucho, a mí solamente el hecho de que se hable y se dialogue y todo eso, me parece superimportante, yo creo que sí» (jubilada de 75 años, GF1)
- 19. «[...] estamos previniendo otros tipos de cosas, enfermedades como la depresión, el estrés, porque el estrés es una enfermedad, la ansiedad, entonces es un impacto psicológicamente para las personas que te hacen sentir bien. Entonces, con eso también estás previniendo, estás haciendo prevención» (mujer migrada de 36 años, GF1)

las personas de diferentes generaciones. Principalmente entre la población infantil y mayor, y también beneficia con su práctica a toda la comunidad (tabla 3, cita 13).

Las mujeres migrantes en su discurso reconocen la diversidad cultural existente en el barrio, especialmente entre las madres del colegio de Judimendi. Destacan que la red impulsa actividades como el taller de costura desde un enfoque intercultural permitiendo la convivencia e interacción de las diversas culturas. Además, se mencionan las barreras lingüísticas que surgen entre las personas migrantes que no dominan las lenguas autóctonas (tabla 3, cita 14).

Las entrevistadas que han participado en iniciativas impulsadas por la red nombran otros efectos positivos, como el surgimiento de entornos agradables donde poder juntarse, comunicarse, divertirse, ayudarse y hacer actividades. Todo ello trae consigo impactos positivos que se ven reflejados en el bienestar de la comunidad, fomentando así la participación y motivación de las personas del barrio y ayudando a prevenir y paliar enfermedades o problemáticas que existen entre la población (tabla 3, citas 15-19).

Áreas de mejora de la Red Local de Salud de Judimendi

Las personas participantes perciben que deberían mejorarse la accesibilidad a la propia red, donde resaltan que el primer paso para incorporarse resulta complicado y el encontrarse dentro supone estar al tanto de lo que sucede (tabla 4, cita 20). Consideran que existen unas personas de referencia (monitores, trabajadoras) encargadas de dar acceso a la red, lo que supone una limitación, teniendo en cuenta que no tienen gran disponibilidad ni capacidad. Por ende, reclaman una mayor difusión de la propia red, así como un mayor número de personas y puntos de referencia. Entre las nuevas propuestas, se plantea que las personas de la comunidad sean las encargadas de dar voz a la red, aunque advierten que dar a conocer la red entre sus conocidos resulta insuficiente (tabla 4, citas 21-23). Se destaca la limitación de horario de uso de espacios y manifiestan la necesidad de mayor número de lugares, tanto cubiertos como al aire libre, donde poder reunirse (tabla 4, citas 24-26). Destacan algunas deficiencias y barreras arquitectónicas en el barrio (tabla 4, citas 27).

Tabla 4. Áreas de mejora

20. «[...] Estoy de acuerdo con lo que habéis dicho, pero aun así creo que no es tan accesible, porque el primer paso [...]. Cuando tú una vez conoces una cosa, ya conoces todo, bueno, vas conociendo todo. Sí. Pero ese primer paso [...]. Sí cuesta mucho, y no creo que es tan accesible en ese sentido» (hombre de 32 años, GF1)
21. «De verdad que sí. Es, bueno..., yo no sabía, como estoy muy nueva, no conozco a mucha gente, pero deberían tratar de hacerle más publicidad» (mujer migrada de 36 años, GF1)
22. «Claro, porque yo sí se lo comento a la gente, yo sí hay veces que, si me reúno con gente, oye, ¿sabéis que hay unos paseos porque no te apuntas y tal? O hay, mira, que x va a hacer el cursillo de tal, sí, pero claro, la gente que yo conozco» (mujer de 37 años, GF2)
23. «O el centro de salud o Bizan quizá es lo que más, los puntos que tienen de referencia. Pero sí, hacen falta tanto de puntos como de personas de referencia. O sea, personas que tenemos tres o cuatro y, claro, a ver, también esas personas tienen su vida. x tiene su trabajo, y al final no siempre están disponibles para ti. Entonces, si hubiese más puntos de referencia donde decir aquí me puedo ir y me pueden informar de lo que hay, ¿sabes? O incluso yo podría aportar una idea ¿no? [...]» (mujer de 37 años, GF2)
24. «[...] faltan espacios públicos que faciliten las cosas, y me explico, por ejemplo, aquí está claro que, en invierno, pues no podemos ir a la calle tal y como está, pero el Bizan tiene un horario, el colegio tiene un horario (de hecho, cuando se cierra, los niños no pueden jugar en el patio porque se cierra la verja), el centro cívico tiene un horario, no tenemos centro de salud propio, porque Olaguibel es un ambulatorio, no es un centro de salud. Y luego también creo que en la calle nos faltan espacios donde poder socializar» (hombre de 32 años, GF1)
25. «Nosotros mismamente el día de los paseos, como hago un día como hoy, no tienes a dónde ir. Puedes meterte en un bar o donde sea, pero no tienes a dónde ir. Y espacios hay para... porque, lo que dicen ellas, sitios para ir a un sitio cerrado sí que hay, lo que pasa es que no los abren. No tenemos acceso a eso. Un día como hoy no podemos abrir, no se puede hacer nada, por ejemplo» (jubilada de 66 años, GF1)
26. «No hay sitios de esparcimiento prácticamente... Por ejemplo, los niños no tienen ahí, [...] porque es que había muchos perros que siempre estaban ahí, que no había casi columpios, nada, entonces no tenían dónde jugar, por ejemplo, en verano, entonces sí deberían tomarse en cuenta eso» (mujer migrada de 36 años, GF1)
27. «La reforma del centro sociocultural de mayores Bizan... que tiene escaleras en la puerta...» (hombre de 32 años, GF1)

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio ponen de relieve la complejidad subyacente de las acciones comunitarias²⁵. La adecuación de la metodología mixta a la evaluación del proceso ha permitido hallazgos relevantes en respuesta a los objetivos de investigación. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos facilita una evaluación más completa del fenómeno.

Los resultados obtenidos muestran los ejes de desigualdad en los que debe seguir trabajando la red. En el caso del eje etnia/cultura, no existe un grado de coherencia razonable entre los diferentes niveles de evaluación; ha sido priorizado en las actuaciones, pero no ha formado parte del grupo de trabajo y el diagnóstico. Por tanto, es importante evaluar siguiendo la perspectiva de equidad para poder mejorar y reducir las desigualdades sociales dentro de la red^{8,26,27}. Los estudios futuros deberían profundizar en el análisis de las desigualdades sociales para avanzar hacia una mayor equidad en salud.

El GP presenta la autonomía y capacidad de auto-gestión suficiente para garantizar el proceso de la RLS de Judimendi. Están acordados conjuntamente los objetivos, las sesiones, los espacios y las vías de comunicación. La experiencia de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS) mostraba que las redes aportan información sobre aspectos que condicionan su sostenibilidad²⁷, como es la falta de conocimiento acerca de las funciones que corresponden a cada actor en el caso de Judimendi. Asimismo, han sido examinadas e incorporadas al proceso de la red las necesidades y las fortalezas de la comunidad, e identificadas iniciativas para desarrollar sinergias, lo que resulta primordial en el desarrollo del trabajo en red a nivel local y ha sido corroborado en diferentes estudios^{28,29}.

Las relaciones existentes entre los agentes que participan en la RLS de Judimendi ejemplifican la diversidad de actores involucrados y el valor del trabajo intersectorial en la acción comunitaria, constatado en experiencias evaluadas en otros territorios como el Programa de Resiliencia Vecinal (PRV) o Salut als Barris^{30,31}. La selección y los modos de articulación de los actores que formarán parte del trabajo intersectorial dependerán de los problemas y las necesidades que en salud se identifiquen en cada territorio³²; en este caso, las relaciones están condicionadas por el nivel de actuación de la ciudadanía, los servicios y las administraciones de la zona. Se muestra que no siempre es fácil la coordinación e implicación de todos ellos, donde se presentan relaciones disconformes entre el nivel ciudadano y político³³. Ele-

mentos como la economía y la política intervienen y pueden generar desacuerdos en los intereses de los actores involucrados³². Por tanto, todo proceso debe crear espacios, de participación, donde los agentes protagonistas posean una portavocía compartida y en alternancia en la que se refleje la diversidad local.

En nuestro estudio se ha observado que los discursos de la comunidad sobre este tipo de iniciativas de salud comunitaria y la conceptualización de la salud vienen determinados por el conocimiento y la implicación dentro de la propia RLS. Así, mientras las personas con mayor conocimiento sobre la red entienden la salud desde una visión biopsicosocial, por su parte, las personas con menor conocimiento e implicación entienden la salud desde una mirada más biomédica. Otra vivencia cercana como es un diagnóstico participativo en salud en Bilbao constataba el predominio del paradigma biomédico al preguntar a las comunidades³⁴. La comunidad presenta percepciones favorables acerca de la red, destacando efectos positivos que trae consigo la misma. La promoción del capital social y cultural resulta determinante para mejorar el bienestar de la comunidad³⁵. Además, de la incorporación de una perspectiva intergeneracional e intercultural, que son primordiales para reflejar la diversidad existente en el barrio. Las visiones de las participantes en acciones impulsadas por la red ponen de relieve los impactos que tienen en el bienestar de la comunidad. Finalmente, se perciben áreas de mejora relacionadas con la accesibilidad y la difusión de la propia red, así como necesidades en relación con mayor número de personas, puntos y espacios de referencia. Por tanto, se toma conciencia de las áreas con mayor necesidad, permitiendo reflexionar sobre el proceso de la red y cómo se podría mejorar.

Una limitación principal del estudio es el número y perfil de las personas participantes en los grupos focales, resultando menor del inicialmente planificado dada la no asistencia de algunas personas in-

vitadas, así como una mayor presencia de voces de personas con un nivel de estudios elevado. Respecto al análisis del grado de autonomía del GP, la obtención de resultados se hizo mediante un cuestionario no validado de elaboración propia, lo cual podría afectar a la validez interna de los resultados.

Como principal fortaleza, destaca la complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos empleados, aportando una comprensión más amplia de la red²¹. El ir más allá de los datos cuantitativos, complementándolos con otros obtenidos a partir de la expresión subjetiva de miembros de la comunidad mediante el sociograma y los grupos focales, ha permitido la comprensión en profundidad de las percepciones y experiencias, haciendo posible generar nuevos conocimientos sobre la comprensión de la salud y sus determinantes, mejorar la toma de decisiones e identificar fortalezas y necesidades. Asimismo, el favorecer la participación de las personas que forman parte de la red en la evaluación enriquece el proceso y favorece la salud de la comunidad³⁶.

La evaluación del proceso resulta determinante para asegurar la sostenibilidad de la RLS de Judimendi, ya que ha permitido identificar los componentes que funcionan, aquellos que deben potenciarse, así como las mejoras necesarias que se deben implementar. La evaluación ha generado mayor conocimiento acerca de la diversidad, las relaciones entre los agentes, la autonomía del GP y la percepción de la comunidad sobre la RLS de Judimendi. Así, es esperable que este estudio contribuya a compartir prácticas, métodos y herramientas para la evaluación vinculada al progreso y la mejora de acciones que se hacen en torno a la salud comunitaria y el impulso de políticas locales participativas para el desarrollo equitativo del ámbito local. Sugerimos la conveniencia de llevar a cabo este tipo de estudios utilizando diseños adecuados, ya que muestran la realidad de los procesos comunitarios en salud y su impacto en el bienestar de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Internet]. [Consultada 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
3. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
4. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud... o cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
5. Sobrino C, Hernán M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32(1):5-12.
6. Open Government Partnership Euskadi. Guía para una participación generadora de bienestar y salud. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2020.
7. Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2015.
8. Díez E, López MJ, Pérez A. La evaluación en el ámbito comunitario. Comunidad. 2017;19(3):30-6.
9. Cofiño R, López-Villar S, Suárez O. How to work with local communities to improve population health: big data and small data. J Epidemiol Community Health. 71(2017):657-9.
10. Leonés TA, Martínez I, Valverde ME, Muntaner Fernández R. Salud y resiliencia comunitarias: análisis de una experiencia de cooperación intersectorial y local en el marco de la COVID-19. Comunidad. 2022;24(2):2.
11. Guix J, Bocio A, Ferràs J, Margalef J, Osanz AC, Serrano M, et al. Redes locales de salud pública. A propósito de una experiencia. Gac Sanit. 2013;27(6):552-4.
12. Kemper-Koebbrugge W, Koetsenruijter J, Rogers A, Laurant M, Wensing M. Local networks of community and healthcare organisations: a mixed methods study. BMC Res Notes. 2016;9:331.
13. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. La Red Local de Acción en Salud. [Internet]. [Consultada: 23 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/entornos-saludables/municipio-salud/paginas/red-local-accion-salud.html>
14. Observatorio de Salud en Asturias. ¿Qué es el OBSA? ¿Qué es Asturias Actúa? [Internet]. [Consultada: 23 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/que-es-el-obsa-2/que-es-asturias-actua/>
15. Ugarte A, Alustiza K. Experiencia en la creación de la Red Local de Salud de Oñati. IJIC. 2019;19:537.
16. Urieta I, Ajuria A, Arrieta A. Red local de salud en Urduliz (Euskadi): Identificación de necesidades mediante dinámicas participativas de la comunidad. Comunidad. 2018;20(3).
17. LOCALIZA salud. Nombre del Recurso: Salud Judimendi. [Internet]. [Consultada: 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/ResourcesSearchDetail.action?id=12196>
18. Eustat. Población por distritos y secciones censales de Álava, según sexo, grupos de edad y nacionalidad. [Internet]; 2022 [consultada: 16 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/poblacion-por-distritos-y-secciones-censales-de-alava-segun-sexo-grupos-de-edad-y-nacionalidad/tbl0011433_c.html
19. Departamento de Salud. Índice de privación socioeconómica de Euskadi 2021. [Internet]. [Consultada: 19 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/web01s2osa/es/contenidos/estadistica/privacion2021/es_def/index.shtml
20. OPIK (EHU/UPV) y Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Diagnóstico de Salud de Vitoria-Gasteiz. Vol. 1. Vitoria-Gasteiz: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz; 2022.
21. Bericat E. La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: significado y medida. Barcelona: Editorial Ariel; 1998.
22. Observatorio de Salud en Asturias. Herramienta para valorar la equidad en intervenciones comunitarias. [Internet]. [Consultada: 3 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario>
23. Rebollo O, Morales E. Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria. Barcelona: Institut de Govern i Polítiques Públiques-Universitat Autònoma de Barcelona; 2016.
24. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. A practical guide. United Kingdom: SAGE Publications; 2021.
25. Bartholomew L, Markham C, Ruitter R, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. 4th ed. San Francisco: Jossey Bass; 2016.
26. Suárez O, Fernández A, Vallina H, Aldasoro E, Cofiño R. Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad. Gac Sanit. 2018;32(6):579-81.
27. Gállego-Diéguez J, Aliaga Traín P, Benedé Azagra B, Bueno Franco M, Ferrer Gracia E, Ipiéns Sarrate JR, et al. Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón. Gac Sanit. 2016;30(1):55-62.
28. Formento N, Gallego J, Pola M, et al. Diseño de evaluación y su aplicación para la iniciativa Salud en Red en los Barrios en Zaragoza. Comunidad. 2022;24(4).
29. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, De Peray JL, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(1):23-7.
30. Popay J, Kaloudis H, Heaton L, Barr B, Halliday E, Holt V, et al. System resilience and neighbourhood action on social determinants of health inequalities: an English Case Study. Perspect Public Health. 2022;142(4):213-23.

31. Daban F, Pasarín MI, Borrell C, Artaco L, Pérez, Fernández A, et. al. Barcelona Salut als Barris: Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. *Gac Sanit.* 2021;35(3):282-8.
32. Jiménez WG, Montenegro G. Las relaciones entre los actores de una red de salud. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2014;(2):107-15.
33. Marchioni M, Morin LM, Alamo J. Metodología de la intervención comunitaria. Los procesos comunitarios. En: Buades J, Giménez C. Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios. Valencia: Generalitat Valenciana. CeiMigra; 2013. pp. 58-72.
34. Morteruel M, Bacigalupe A, Moreno A. Hacia el buen gobierno por la salud: incorporación de la diversidad de percepciones en salud urbana. *Gac Sanit.* 2022;36(1):25-31.
35. Bravo ND. El capital social como determinante de salud pública. *Gac Sanit.* 2017;32(6):342-6.
36. Casseti V, Paredes-Carbonell JJ, López Ruiz V, García AM, Salamanca Bautista P. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2017;32(1):41-7.