ORIGINALES

Desde un diagnóstico de salud participativo en época de sindemia, a iniciativas de promoción de la salud en un municipio del País Vasco

Ver en pdf

Marta Jiménez Carrillo. OSI Basurto. Centro de Salud Txurdinaga. Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Bizkaia. España

Unai Martín Roncero. Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Bizkaia. España

Joana Etxeberria Simarro. Concejalía de Acción Social y Política Feminista. Ayuntamiento de Arrigorriaga. Bizkaia. España

Maite Morteruel Arizcuren. Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Departamento de Enfermería I. Universidad del País Vasco UPV/EHU Bizkaia. España

Lidia Hernández Crespo. Programa de Máster Propio en Promoción de la Salud y Salud Comunitaria. UPV/EHU. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. España.

Mikel Baza Bueno. OSI Barrualde-Galdakao, Unidad de Atención Primaria de Arrigorriaga. Arrigorriaga. Bizkaia. España.

En nombre del **Foro de Salud de Arrigorriaga**[a].

[a] Foro de Salud de Arrigorriaga: Escuela Pública de Arrigorriaga (Idoia), Asociación Madalen (Maite y Sorne), Asociación de Personas Jubiladas de Abusu (Juanjo), trabajadora social del ayuntamiento (Soiartze), AMPA de la escuela (Marta), AMPA del instituto (Marga y Ana), centro de salud (Alaitz, Carlos, Itxaso y Mikel), polideportivo municipal (Juancar), Gaztegune de Arrigorriaga (Eguzkiñe), Red Solidaria del Casco (Urtzi), Asociación de Personas Jubiladas de Arrigorrriaga (Mari Carmen), Abusuko Elkartasun Sarea (Marta y Raquel), Ayuntamiento de Arrigorriaga (Joana y Ainhoa), Farmacia Isasi (Eunate).

Para contactar:

Mikel Baza Bueno. mikelbaza@gmail.com

RESUMEN

La sindemia por coronavirus ha producido un gran impacto en la salud de la población y ha aumentado aún más las desigualdades sociales. Es precisamente por eso por lo que resulta más necesario que nunca impulsar iniciativas de promoción de la salud orientadas a mejorar la salud y reducir dichas desigualdades. Los diagnósticos participativos pueden contribuir a generar y reforzar la consciencia colectiva acerca de los activos y necesidades relativas a la salud y el bienestar.

El objetivo principal de este trabajo fue impulsar un proceso de acción comunitaria en el municipio de Arrigorriaga (País Vasco) con el fin de mejorar la salud en época de pandemia por COVID-19. Para ello, se realizó un diagnóstico de salud con un componente cualitativo y otro cuantitativo. Para el primero, se identificaron activos y necesidades en salud percibidos por diversos grupos de población del municipio. Para el segundo, se analizaron indicadores demográficos, relacionados con la salud y los determinantes sociales de la salud disponibles de los barrios y del municipio. La iniciativa surgió del Foro Sociosanitario del municipio.

Para el diagnóstico cualitativo, se hizo un análisis de contenido de cuatro grupos focales con distintos colectivos del municipio, relacionados con labores de cuidados y personas en situación de vulnerabilidad, los cuales identificaron entre otros la soledad en personas mayores como una de las principales necesidades en salud, y como principal activo, el movimiento asociativo en el municipio. Para el diagnóstico cuantitativo, se hizo una revisión de indicadores en fuentes secundarias sobre la salud y los determinantes sociales de la salud del municipio.

Los resultados del estudio se difundieron entre los agentes implicados en el Foro Sociosanitario, en distintos espacios de toma de decisiones, así como entre la población de Arrigorriaga, favoreciendo un incremento de la sensibilización acerca del modelo social de salud. Tras la evaluación de los resultados, se han iniciado varias acciones comunitarias de promoción de la salud, siendo este el fin último de un diagnóstico participativo de salud.

Palabras claves: participación comunitaria, promoción de la salud, COVID-19, diagnóstico.

FROM A PARTICIPATORY HEALTH DIAGNOSIS IN TIMES OF SYNDEMICS, TO HEALTH PROMOTION INITIATIVES IN A MUNICIPALITY IN THE BASQUE COUNTRY

Abstract

The coronavirus syndemic has had a great impact on the health of the population, further increasing social inequalities. That is the reason why it is now more necessary than ever to promote health promotion initiatives aimed at improving health and reducing health inequalities. Participatory

diagnostics can contribute to generating and reinforcing collective awareness of health assets and needs, and also wellbeing.

The main objective of this process was to promote a process of community action in the municipality of Arrigorriaga (Basque Country) in order to improve health during the Covid-19 pandemic. To this end, a health diagnosis was carried out with a qualitative and a quantitative component. In the first instance, health assets and needs perceived by different population groups in the municipality were identified. In the second instance, demographic, health-related indicators and the social determinants of health available in the neighbourhoods and municipality were analysed. The initiative came from the municipality's Social and Health Forum.

For the qualitative diagnosis, a content analysis of four focus groups was carried out among different groups in the municipality, related to care work and people in vulnerable situations, which identified, among others, loneliness in the elderly as one of the main health needs and the main asset of the associative movement in the municipality. For the quantitative diagnosis, a review of indicators in secondary sources on health and the social determinants of health in the municipality was conducted.

The results of the study were disseminated among the agents involved in the Social and Health Forum, in different decision-making spaces, as well as among the population of Arrigorriaga, favouring an increase in awareness of the social model of health. Following the evaluation of the results, several community health promotion actions have been initiated, this being the ultimate aim of a participatory health diagnosis.

Keywords: community participation, health promotion, covid-19, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Todas las comunidades a nivel global han sufrido el impacto de la sindemia[1] por el nuevo coronavirus y han visto afectadas de distintas maneras la salud de sus poblaciones teniendo en cuenta su contexto particular[2]. Se denomina *sindemia* a la compleja sinergia generada entre la infección por SARS-CoV-2, las enfermedades preexistentes que ya presentaban una distribución desigual previa entre la población[3], y los contextos socio-político-económicos en los que impacta. Así, se está evidenciando cómo las desigualdades sociales de la salud siguen incrementando en este contexto epidemiológico y social[4]. La participación comunitaria resulta una estrategia clave para analizar e intentar paliar estas desigualdades[5,6]. Los diagnósticos participativos en salud suponen una buena herramienta para la identificación y generación de consciencia colectiva acerca de los activos y necesidades de salud percibidas por la propia comunidad[7].

Es precisamente en este contexto donde en Arrigorriaga, municipio del País Vasco, se realizó un diagnóstico participativo de salud entre noviembre y diciembre de 2020, que nació en el seno del Foro Sociosanitario del municipio. Dicho Foro se creó en 2016 y está conformado por diversos agentes y organizaciones sociales (centro de salud, ayuntamiento, asociación de jubilados/as, polideportivo, profesorado y las asociaciones de madres y padres de alumnos (AMPA) del instituto y la escuela).

En la primera reunión del Foro celebrada tras el confinamiento, se reflexionó sobre las experiencias personales y colectivas vividas y su impacto en el bienestar. A partir de ahí, se puso de manifiesto la voluntad de identificar, de forma participada, las necesidades de salud existentes en el municipio, que se habían visto acentuadas con la llegada de la crisis de la COVID-19, especialmente, en los grupos de población en situación de mayor vulnerabilidad y con mayores necesidades de cuidados. Asimismo, se consideró importante visibilizar y poner en valor los activos en salud del municipio y los elementos protectores frente a dichas necesidades que surgieron o se vieron reforzados durante la pandemia. Para la realización del diagnóstico, se contó con la colaboración del Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, de la Universidad del País Vasco UPV/EHU. Las participantes del grupo OPIK junto con un profesional del centro de salud y una representante del ayuntamiento, ambos participantes del Foro, constituyeron el grupo investigador.

La información obtenida permitiría al Foro reorientar sus actividades hacia esas necesidades en salud, con el fin de contribuir a paliarlas o llamar la atención sobre ellas, articulándose con los distintos agentes sociales e institucionales de Arrigorriaga. El presente artículo pretende relatar el proceso desde el diagnóstico de salud participativo a las acciones comunitarias que se han llevado a cabo a raíz de este.

OBJETIVOS

El objetivo general fue impulsar un proceso de acción comunitaria en Arrigorriaga con el fin de mejorar la salud en época de pandemia por la COVID-19.

Y, a su vez, los objetivos específicos fueron:

1. Realizar un diagnóstico de la salud y sus determinantes del municipio.
2. Difundir los resultados del estudio entre los diferentes agentes y la población del municipio e incentivar acciones comunitarias de promoción de la salud.

MÉTODOS

Marco teórico

En relación con el primer objetivo específico, la fase inicial del diagnóstico consistió en la concreción del marco conceptual que iba a guiar el proceso. Para ello, se partió de varios modelos teóricos en torno a la salud urbana[8], los determinantes sociales de la salud[9] y de las desigualdades en salud[10], así como de la experiencia previa del grupo investigador en este tipo de diagnósticos[11].

Diseño

La fase de producción de información contempló dos abordajes complementarios, un acercamiento cuantitativo y otro de carácter cualitativo a través de la participación.

a) Cualitativo

El diagnóstico participado de salud se basó en la información generada a partir de cuatro grupos focales en los que participaron 21 personas de diferentes perfiles:

1. Personas pertenecientes a las AMPA y madres y padres no pertenecientes a las AMPA (6 participantes).
2. Personas mayores de 65 años con cierto grado de dependencia o necesidad de cuidados (cronicidad, fragilidad, soledad, etc.) (6 participantes).
3. Mujeres trabajadoras fuera del hogar y a cargo de cuidados en el ámbito doméstico (4 participantes).
4. Personas pertenecientes a asociaciones vecinales y redes comunitarias de apoyo (5 participantes).

La identificación y captación de las personas participantes se llevó a cabo desde el Centro de Salud y los Servicios Sociales a través de la invitación directa por teléfono y por el fenómeno de bola de nieve. Los grupos focales contaron con dos fases. En primer lugar, tras hacer la presentación del proyecto y enmarcar la propuesta bajo el modelo social de la salud, se pasó a identificar las necesidades o problemáticas de salud, así como las fortalezas o activos existentes en el municipio.

En una segunda parte, se hizo una priorización de las necesidades detectadas, a través de un sistema de graduación de puntos. Finalmente, se llevó a cabo el cierre de la sesión recopilando las principales conclusiones en torno a los resultados. Los grupos focales se llevaron a cabo en la Kulturetxea (Casa de la Cultura) de Arrigorriaga entre noviembre y diciembre de 2020. Las sesiones siguieron un guion semiestructurado y fueron grabadas en audio previa firma de consentimiento informado por parte las/los participantes. Se transcribieron las grabaciones, se hizo un análisis de contenido y la triangulación de los datos entre las investigadoras para asegurar la validez de los resultados y la saturación del discurso. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la UPV/EHU en noviembre de 2020. La difusión de los resultados impulsó distintas iniciativas de promoción de la salud.

b) Cuantitativo

En el caso del componente cuantitativo, en base a las dimensiones de la salud y sus determinantes identificadas a partir del marco teórico, se trató de ofrecer una panorámica de la salud teniendo en cuenta varios principios: ofrecer una visión integral de la salud y sus determinantes más allá del modelo biomédico, visibilizar las desigualdades sociales en salud y establecer áreas o puntos de intervención. El diagnóstico se elaboró en base a fuentes de información y estadística oficial del ámbito social y sanitario, así como de informes municipales. Las fuentes de datos consultadas fueron: la Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Salud del Gobierno Vasco)[12], historia clínica electrónica, en base a los datos proporcionados por la OSI Barrualde-Galdakao de Osakidetza, Padrón Municipal, Censo de Población y Viviendas, Estadística Municipal (Eustat)[13], Udalmap (Eustat)[14] e informes municipales y datos producidos por el Ayuntamiento de Arrigorriaga.

En cuanto al segundo objetivo específico, los resultados del diagnóstico se presentaron tanto al propio Foro Sociosanitario como a los medios de comunicación[15]; se difundieron a través de páginas web comunitarias, colectivos del municipio y en actos públicos, empleando para ello una infografía (**figura 1**).

Figura 1. Infografía difundida con los principales resultados del diagnóstico participativo de salud de Arrigorriaga

RESULTADOS

a) Cualitativo

Con respecto al diagnóstico participado de salud, a partir de los resultados obtenidos en los cuatro grupos focales, las principales necesidades y activos en salud percibidos en Arrigorriaga tras su priorización pueden observarse en las **tablas 1 y 2**, respectivamente.

Tabla 1. Necesidades en salud percibidas por los y las participantes en los grupos focales

	Necesidades en salud percibidas	Percepciones percibidas
Aislamiento y soledad no deseada	La soledad y sus efectos nocivos en la salud de las personas mayores se ha incrementado en época de pandemia	«Las personas mayores han presentado más limitaciones para el contacto con

entre las personas mayores	Las barreras burocráticas han limitado su acceso a servicios o prestaciones sociales (asistencia a domicilio, ayudas a la dependencia, etc.)	familiares y sanitarios en esta época de pandemia debido a la barrera que les supone la tecnología» (grupo de las AMPA) «Hay mucha gente mayor que vivimos solas y la pandemia nos ha afectado más, y ahora hasta el hogar del jubilado está cerrado» (grupo de mujeres) «Yo he estado de voluntaria visitando a ancianos/as y he visto muchísima soledad» (grupo de mujeres)
Debilidad de la red de cuidados	Percepción de que la red de cuidados está muy centrada en la esfera privada o familiar y recae de forma excesiva en las mujeres Escasos recursos para la conciliación familiar y efectos en la salud de la sobrecarga de las tareas de cuidado, especialmente en aquellas mujeres que desarrollan su trabajo productivo también en el ámbito de los cuidados	«Me encargo de los cuidados de mi padre, que está muy enfermo, también cuido de mis hijos, por supuesto, y además trabajo en una residencia de ancianos […] durante el confinamiento llegué a sentir que no podía más» (grupo de mujeres) «Los jóvenes que nos organizamos en la red de cuidados cuando empezó la pandemia nos sorprendimos de cómo la mayoría de personas vulnerables son cuidadas exclusivamente por mujeres, ya sean sus familiares o cuidadoras privadas» (AA.VV.)
Falta de espacios y equipamientos públicos cubiertos para el encuentro y la convivencia	Destacaron la necesidad de espacios públicos protegidos de las inclemencias meteorológicas o la incorporación en zonas como los parques de elementos de mobiliario urbano que fomenten el encuentro y la interacción entre los/as vecinos/as	«El centro de salud debería contar con una cubierta para que la gente no se moje o se quede fría mientras espera a que les dejen entrar» (grupo de mayores) «La gran mayoría de parques infantiles no están cubiertos y, cuando llueve, no pueden jugar. Si los cubrieran, se utilizarían más y mejor» (grupo de las AMPA)
Falta de espacios y actividades de ocio para la infancia y la adolescencia	Se consideró que la existencia de servicios y recursos para población infantil y adolescente son escasos en el municipio. En concreto, se detectó la importancia de ampliar horarios de los recursos infantiles y la necesidad de locales con oferta de actividades para adolescentes en barrios como La Peña	«Por nuestras edades, se nos junta el cuidado de nuestros padres con el de nuestros hijos pequeños; si recursos como la ludoteca tuvieran un horario más amplio, nos facilitarían la conciliación familiar» (grupo de las AMPA) «El polideportivo tiene bastantes cursos para jóvenes, pero se debería ampliar aún más la oferta y las instalaciones, así como más actividades culturales para los más pequeños» (grupo de las AMPA)
Presencia de barreras físicas o arquitectónicas dentro de los edificios y en el espacio público en algunos barrios periféricos	Identificaron la presencia de barreras físicas en el espacio público, como la falta de mantenimiento de las aceras, así como la ausencia de ascensor, generando problemas de accesibilidad física para personas mayores, con problemas de movilidad o que portan carritos, especialmente los barrios periféricos (Lambarketa, Kubo y Salud e Higiene)	«Algunas de las aceras, sobre todo en el extrarradio, están en mal estado y deberían arreglarlas» (grupo de mayores) «Muchos de los pisos de Lambarketa no tienen ascensor ni opción de ponerlo, por lo que muchas personas mayores no pueden salir de sus casas» (grupo de mujeres)
Falta de cohesión entre las zonas del centro y de la periferia	Diferencias percibidas en el estado de las condiciones del entorno físico entre centro y periferia Percepciones de que la oferta de actividades y el «respaldo» por parte del Ayuntamiento son escasos, así como una menor iniciativa y articulación ciudadana para acercar servicios y generar actividades en los barrios periféricos	«Existen barreras geográficas, pero también sentidas entre el centro y la periferia del municipio» (AAVV) «Parece que los que vivimos en los barrios periféricos estamos algo marginados» (grupo de mayores) «Hay algunos barrios periféricos que no cuentan con casi nada de oferta cultural, y la gente tiene que venirse al centro o incluso ha de ir a Bilbao» (grupo de mujeres)
Presencia de situaciones de vulnerabilidad social y de salud en ciertos grupos de población	Personas mayores en situación de aislamiento y en situación de especial vulnerabilidad económica y de pobreza energética; población inmigrante con escaso apoyo social y con problemas de acceso a los servicios públicos; mujeres inmigrantes que se dedican a trabajos de cuidado informales, a menudo en condiciones de precariedad, y personas en situación de desempleo	«Hay personas que no pueden poner la calefacción en invierno por los precios desorbitados o que tienen que elegir entre no pasar frío en casa o poder ir al dentista» (grupo de mujeres) «La gran mayoría de cuidadoras privadas de ancianos son mujeres migrantes, que también deberían contar con un apoyo social y psicológico para todo lo que están viviendo y sosteniendo en esta época de pandemia» (grupo de mujeres)
Necesidad de	Residencia de mayores ubicada lejos y en un lugar poco accesible. Servicio deficiente —con escasa	

mejorar el acceso a la residencia de mayores y a algunos servicios sanitarios	frecuencia— de transporte público a la residencia, así como las limitaciones que supone el aislamiento de las personas residentes con respecto al pueblo y el potencial de socialización y de mejora de la calidad de vida perdidos para ellas y sus familiares. Además, refirieron la necesidad de mejorar el acceso a ciertos servicios de atención sanitaria, como el centro de especialidades de Basauri, servicio de urgencias y farmacia de 24 horas o el Hospital de Galdakao	«Pedimos un autobús urbano que pase con más frecuencia y que llegue a la residencia de ancianos, porque van personas mayores a las visitas y es una cuesta grande; además debería ser totalmente gratuito» (grupo de mayores) «Habría que mejorar el *bidegorri*, porque alguno está borrado» (grupo de mayores) «Tendríamos que contar con servicios sanitarios de urgencias y farmacia las 24 horas» (grupo de las AMPA)

Tabla 2. Activos en salud percibidos por los y las participantes en los grupos focales

Activos en salud percibidos		Percepciones representativas
El movimiento asociativo en el municipio	Destacado como una fortaleza importante de Arrigorriaga. El hogar del jubilado y el *gaztetxe* se pusieron en valor como espacios e iniciativas promotoras de actividades y oportunidades de encuentro. Espacios sociales como es el caso del *gaztetxe* perciben que transcienden el grupo de jóvenes y abarcan a otros grupos sociales	«Aquí en el pueblo hay muchas asociaciones» (AA.VV.). «Somos gente del pueblo, jóvenes, jubilados y también en activo que trabajamos juntos por la integración desde nuestros distintos espacios de activismo» (AA.VV.) «Desde que se inició la pandemia se creó una red de cuidados para asegurar que todas las personas tenían las necesidades básicas cubiertas, a mí me llamaron y lo agradecí mucho» (grupo de mayores)
Las redes de apoyo existentes y, en especial, las emergidas en el contexto de la pandemia	Se consideraron un activo que debemos tratar de conservar y extender, y lo mismo hemos de hacer con el sentimiento de comunidad	«En Abusu, por ejemplo, se organizaron para ayudar con el tema de las mascarillas en los peores momentos de la pandemia» (AA.VV.) «Los jóvenes, algunos de los cuales ya colaboraban en el *gaztetxe*, se organizaron cuando empezó la pandemia y crearon una red de apoyo para acompañar y ayudar a todo el que lo necesitase» (AA.VV.)
Los servicios públicos	Destacados por su potencial de posibilitar los elevados índices de calidad de vida percibidos en general en Arrigorriaga. Así, los servicios municipales, como servicios sociales, de limpieza, y los servicios deportivos se pusieron en valor. Por otra parte, el centro de salud, las escuelas y el transporte público que conecta Arrigorriaga con Bilbao y otros puntos fueron otros servicios destacados	«El centro de salud y el colegio sirven como elementos integradores» (AA.VV.) «En el pueblo contamos con muchos espacios verdes y parques, además de con buena accesibilidad por carreteras en buen estado» (grupo de las AMPA) «Tenemos un parque que es maravilloso y que cuenta también con *bidegorri* para las bicicletas» (grupo de personas mayores) «El pueblo está muy bien comunicado por carretera y transporte público» (grupo de mayores)

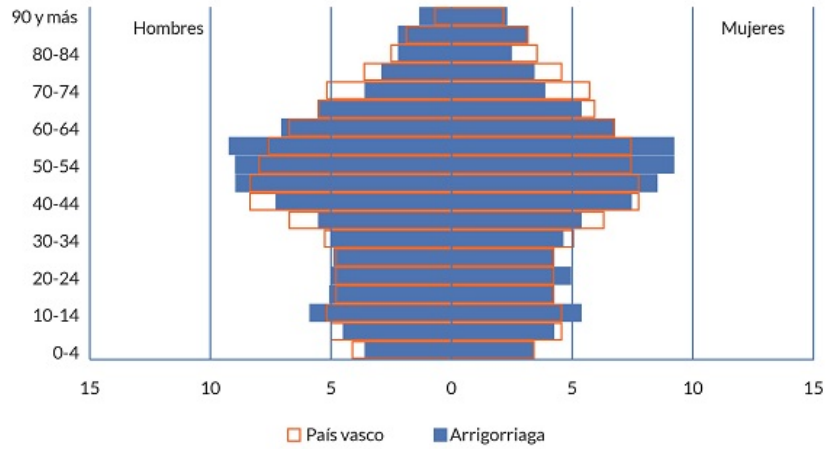
b) Cuantitativo

En cuanto al componente cuantitativo, se obtuvieron datos sobre la realidad demográfica, social y de salud de Arrigorriaga. Dicho esto, es preciso destacar la alta dificultad experimentada para obtener indicadores relativos a los determinantes sociales de la salud, más allá de aquellos que dan cuenta de la enfermedad y de los aspectos individuales, como las conductas de salud. De esta manera, la dificultad para visibilizar las desigualdades en salud también fue notable.

Arrigorriaga cuenta con 11.943 habitantes (6.169 mujeres y 5.783 hombres). Desde el punto de vista de la estructura de edad, el factor más característico es el creciente peso de las personas mayores de 85 años, representando el 5,3% de las mujeres y el 2,2% de los hombres (**figura 2**). En relación con la composición por lugar de origen, el 5,4% de la población ha nacido en el extranjero. En cuanto a la descripción del estado de salud de la población, durante el período 2013-2017, la esperanza de vida al nacer en Arrigorriaga —zona de salud (ZS)— fue de 81,0 años en el caso de los hombres y de 86,0 en el de las mujeres. Comparada con la esperanza de vida del conjunto del País Vasco, no presentó diferencias significativas, siendo la de los hombres la que se sitúa en una posición más aventajada con respecto al conjunto de ZS vascas que la de las mujeres. Respecto a las causas de mortalidad, son las enfermedades circulatorias y los tumores los que generaron una mayor carga de mortalidad.

Figura 2. Pirámide poblacional y tramos de edad por sexo en Arrigorriaga

	Hombres		Mujeres	
	Total	%	Total	%
0-15	921	15,9	907	14,7
16-29	880	15,2	801	13,3
30-64	3092	53,5	3176	51,6



65 y más (85 y más)	890 (125)	15,4 (2,2)	1276 (327)	20,7 (5,3)
TOTAL	5783		6160	

Como medida de desigualdad, únicamente se pudo contar con los datos de mortalidad entre los barrios. Así, aunque se encontró que la mayor parte de secciones censales presentan una mortalidad total similar a la del conjunto del País Vasco, dos de las secciones presentaron una mortalidad mayor que el País Vasco en su conjunto. Así, una sección del barrio de Abusu/La Peña presenta una sobremortalidad, tanto en hombres como en mujeres, del 11% respecto al conjunto del País Vasco y una sección del barrio de Santo Cristo presenta una sobremortalidad de 19% en hombres y del 17% en mujeres.

¿Y a partir del ahí? Difusión de los resultados e impulso de iniciativas de promoción de la salud

Cambio de denominación del Foro y orientación hacia la promoción de la salud
El diagnóstico de salud ofreció la oportunidad de trabajar e incidir sobre las medidas prioritarias para conseguir un mayor bienestar social, basado en las percepciones, vivencias, y aportaciones de la ciudadanía a través de su implicación, participación y colaboración, y no solo en la percepción de quienes tienen la responsabilidad política.

Los resultados del diagnóstico favorecieron un debate que sirvió para avanzar de una visión biomédica de la salud hacia una visión más cercana a los determinantes sociales. Así, en primer lugar, y con una transcendencia simbólica importante, se decidió cambiar el nombre del Foro Sociosanitario a Foro de Salud, bajo el convencimiento de que esta denominación definía mejor la razón de ser del mismo y de que se incorporaban los determinantes sociales de la salud. El Foro de Salud cuenta cada vez con una participación más amplia de los agentes sociales más relevantes del municipio, a la que recientemente se han incorporado la asociación de mujeres, y una representación de las farmacias comunitarias del municipio, dejando la puerta abierta a quien quiera participar. A su vez, la descripción de las desigualdades sociales en salud entre los barrios de Arrigorriaga pudo contribuir a una mayor sensibilización sobre la importancia de la equidad en salud y de los determinantes sociales en salud.

Intervención comunitaria para mejorar la salud de las personas mayores

Además, el diagnóstico identificó puntos de entrada para la elaboración de intervenciones en salud comunitaria. Por ejemplo, uno de los principales problemas detectados fue la situación de aislamiento en la que se encontraban muchas personas mayores, la cual se vio exacerbada por el miedo a salir de casa a causa de la pandemia. Así, se puso de manifiesto que esta situación estaba provocando problemas físicos como consecuencia de la inactividad, además de serios problemas emocionales, debido a la falta de contacto con otras personas por parte de este colectivo. Para intentar paliar esta situación, se diseñó un programa específico para personas mayores de 65 años, que consistió en la realización de actividad física adaptada y al aire libre 2 horas a la semana y una actuación musical elegida por ellas. También se valoró promover una gestión más salutogénica de la información en torno a la pandemia. Para ello, se diseñó una campaña informativa en torno a actividades seguras y recomendables que es posible llevar a cabo en el municipio, alejándonos así de una visión de la pandemia estrictamente centrada en los riesgos. Para facilitar su difusión, se hizo una infografía (**figura 3**) que fue enviada, junto con la información del programa antes descrito, a todos los hogares de las personas mayores de 65 años (se enviaron 1.200 cartas).

Figura 3. Infografía para promover la salud en época de pandemia: «Cuidando tu salud en época de pandemia»

Hasta la fecha el programa ha tenido una buena acogida y ha congregado a una media de 25-30 personas para hacer actividad física en los dos puntos geográficos donde se desarrolla. Además, es posible que pueda tener un efecto llamada, ya que las participantes se han mostrado satisfechas con la misma y ello ha servido para mostrar que la actividad física y las relaciones sociales se pueden poner en práctica de forma segura en este contexto de pandemia. En cuanto a

la actividad musical, tuvo una buena afluencia de público, el cual se mostró muy agradecido con la iniciativa. De hecho, algunas personas dijeron que «llevaban muchos meses sin acudir a ningún evento de tipo cultural, y que estaban muy contentas de haber pasado un rato agradable que les había ayudado a olvidarse, siquiera por un momento, de la pandemia».

DISCUSIÓN

La descripción de la salud y los determinantes sociales de la salud, así como la identificación de activos y necesidades en salud a través de técnicas de investigación-acción participativas basadas en la comunidad puede contribuir a generar consciencia colectiva, útil para el desarrollo de acciones comunitarias que mejoren la salud de sus poblaciones, y puede ser especialmente importante en este momento de sindemia.

En relación con los resultados obtenidos a través de los grupos focales, respecto a los activos en salud mencionados como el movimiento asociativo y redes de apoyo concuerda con la literatura[6, 16] ya que la participación comunitaria[19], como ya se puso de relieve hace más de 40 años en la declaración de Alma-Ata[18], favorece la salud de las poblaciones. Respecto a las necesidades en salud percibidas, en primer lugar se indicó la soledad en personas mayores, la cual se ha exacerbado desde el inicio de la pandemia[23]. Además, se reivindicó la importancia de una buena red de cuidados, así como la mejora de espacios públicos, especialmente para determinados grupos de población, necesidades también percibidas en otros diagnósticos previos como el realizado en la ciudad de Bilbao[11], que se encuentra al lado de Arrigorriaga.

Los resultados cuantitativos muestran las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, las cuales se deben tanto a cuestiones biológicas como sociales, lo que muestra la importancia del género como determinante de la salud[24]. En relación con la diferencia en la mortalidad entre algunos barrios, probablemente se deba a factores socioeconómicos en el caso de Abusu, y a que la residencia de mayores, que cuenta con cerca de 100 plazas para residentes, se sitúa en el barrio de San Cristo.

Existen múltiples experiencias que demuestran la utilidad de los diagnósticos participativos[25,26]. Sin embargo, debido a las restricciones impuestas por la situación epidemiológica, la acción comunitaria en salud ha vuelto a ser nuevamente relegada ante «lo urgente», dejando a un lado el componente social que ha visto aumentar las desigualdades. Ante ello, diversos autores y colectivos han querido reflejar la necesidad de fomentar las acciones participativas a pesar de este difícil contexto[27] y se han elaborado iniciativas[28] y guías[29] para seguir fomentando la promoción de la salud, así como el papel clave de la Atención Primaria de Salud[30].

Como limitaciones del estudio, cabe mencionar la escasa disponibilidad de indicadores relativos a los determinantes sociales de la salud que permitan visibilizar desigualdades socioeconómicas y de género en la salud. Esta falta de disponibilidad suele contribuir a diagnósticos de salud que ayudan a perpetuar las lógicas de intervención en salud basadas en el modelo biomédico y en el enfoque individual. Sin embargo, esta experiencia muestra el potencial transformador que puede tener un enfoque más global en el diagnóstico. Cabe mencionar también las dificultades en este contexto epidemiológico para promover la participación e inclusión de las comunidades en el diseño de estrategias, programas y actividades en salud. Por ello, resulta necesario promover la participación en los procesos de planificación en salud, y poder hacerlo de una forma operativa y evaluando su calidad[5].

CONCLUSIÓN

La existencia previa de mesas de salud, como era el caso del Foro Sociosanitario, reconvertido en Foro de Salud, facilita la participación y hace que esta sea sostenida en el tiempo a través de la implicación de la comunidad en las diferentes fases de las actuaciones sobre la salud y el bienestar. Así pues, este diagnóstico de salud ha posibilitado la identificación de los activos y necesidades a nivel local implicando a distintos grupos sociales del municipio. A través de la difusión de los resultados obtenidos, se han iniciado acciones comunitarias de promoción de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fronteira I, Sidat M, Magalhães JP, de Barros FPC, Delgado AP, Correia T, et al. The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. One Heal. 2021;12.
2. Mendenhall E. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. Lancet [Internet]. 2020;396(10264):1731. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32218-2
3. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: Time for integrated action. BMJ. 2019;364:10-2.

4. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. Vol. 74, Journal of Epidemiology and Community Health. BMJ Publishing Group; 2020. p. 964-8.
5. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, Grupo de trabajo AdaptA GPS. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud Guía adaptada de la Guía NICE NG44: «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities» Proyecto AdaptA GPS (Adapta y Apli [Internet]. 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf
6. López-Sánchez MP, Alberich T, Aviñó D, Francés García F, Ruiz-Azarola A, Villasante T. Participatory tools and methods for community action. SESPAS Report 2018. Gac Sanit. 2018;32:32-40.
7. Cofiño R, Pasarín M a. I, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(SUPPL.1):88-93.
8. Mehdipanah R, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, Muntaner C, Díez E, Bartoll X, et al. The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: A quasi-experimental study in Barcelona. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2021 Jun 17];68(9):811-7. Disponible en: https://jech.bmj.com/content/68/9/811
9. Whitehead M. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud : Desarrollando el máximo potencial de salud Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud : Desarrollando el máximo potencial de salud. :1-116.
10. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, Diez E, Rodríguez-Sanz IP y. M, Campos P, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012 Mar 1;26(2):182-9.
11. Giné March A, Morteruel Arizcuren M, Martín Roncero U. Incorporating narratives and perceptions into local health diagnoses: the case of Bilbao. Gac Sanit [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 19]. Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/es-incorporando-narrativas-percepciones-diagnosticos-salud-avance-S0213911120302302
12. Instituto de Estadística Vasco. Encuesta de Salud del País Vasco 2018. EuskadiEs [Internet]. 2018;1–50. Available from: https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-salud-2018-metodologia/web01-a3osag17/es/
13. Esnaola S, Calvo M, Aldasoro E, Audícana C, Ruíz R, Montoya I, et al. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2010.
14. Eustat-Instituto Vasco de Estadística, [Internet] Disponible en: www.eustat.eus
15. El Foro Sociosanitario testa la salud de Arrigorriaga - Deia [Internet]. [cited 2021 Apr 19]. Available from: https://www.deia.eus/bizkaia/laudio-nerbioi/2021/04/15/foro-sociosanitario-testa-salud-arrigorriaga/1113202.html
16. Cubillo Llanes J, García Blanco D, Cofiño R, Hernán-García M. Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2019;26(7):18–26. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.07.002
17. Cofiño R, Llanes JC, Blanco DG, Hernán-García M. Mejorar la salud comunitaria: acción comunitaria basada en activos. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2019;26(7):10–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.07.001
18. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature [Internet]. Vol. 29, Health Policy and Planning. Oxford University Press; 2014 [cited 2021 Apr 20]. p. ii98–106. Disponible en: https://academic.oup.com/heapol/article/29/suppl_2/ii98/588582
19. De Ceukelaire W, De Vos P. Social movements are key towards universal health coverage [Internet]. [cited 2021 Apr 20]. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)62087-0/fulltext
20. Watkins DA, Yamey G, Schäferhoff M, Adeyi O, Alleyne G, Alwan A, et al. Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health [Internet]. Vol. 392, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2018 [cited 2021 Apr 20]. p. 1434–60. Disponible en: http://www.thelancet.com/article/S0140673618323894/fulltext
21. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. BMJ Glob Heal [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Apr 20];3(Suppl 3):e001188. Disponible en: http://gh.bmj.com/
22. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Profiles of loneliness and social isolation in urban population. Aten Primaria [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Apr 20];52(4):224–32. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30770152/
23. Pinazo-Hernandis S. Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 29];55(5):249-52. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006
24. Borrell C, Artazcoz L, En D, Salud LA. (20) Genero y Desigualdes Editorial. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2008;82(3):245-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es.sire.ub.edu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
25. Colell E, Sánchez-Ledesma E, Novoa AM, Daban F, Fernández A, Juárez O, et al. El diagnóstico de salud del programa Barcelona Salut als Barris . Metodología para un proceso participativo. Gac Sanit [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Apr 19];32(4):396–9. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911118300177
26. Cain CL, Orionzi D, O'Brien M, Trahan L. The Power of Community Voices for Enhancing Community Health Needs Assessments. Health Promot Pract [Internet]. 2017 May 1 [cited 2021 Apr 19];18(3):437-43. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524839916634404
27. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic [Internet]. Vol. 395, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2020 [cited 2021 Apr 20]. p. 1676–8. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/
28. Alianza de Salud Comunitaria – Observatorio de Salud de Asturias [Internet]. [cited 2021 Apr 19]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/category/alianza-de-salud-comunitaria/
29. Acción Comunitaria para ganar [Internet]. [cited 2021 Apr 20]. Disponible en: https://cpage.mpr.gob.es/
30. AMF-SEMFYC [Internet]. [cited 2021 Jun 29]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/revistas_ver.php?id=188

Volver

Desde un diagnóstico de salud participativo en época de sindemia, a iniciativas de promoción de la salud en un municipio del País Vasco
Marta Jiménez Carrillo, Unai Martín Roncero, Joana Etxeberria Simarro, Maite Morteruel, Lidia Hernández Crespo y Mikel Baza Bueno
Comunidad marzo 2022;24(1):4
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

0 comentarios

Dejar un comentario

Su Nombre Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar