

Original

Hacia el buen gobierno por la salud: incorporación de la diversidad de percepciones en salud urbana



Maite Morteruel^{a,b,*}, Amaia Bacigalupe^{b,c} y Axel Moreno^d

^a Departamento de Enfermería, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa (Bizkaia), España

^b Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa (Bizkaia), España

^c Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa (Bizkaia), España

^d Nommad. Consultoría e investigación social, Pamplona (Navarra), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2020

Modificado el 9 de noviembre de 2020

Aceptado el 10 de noviembre de 2020

On-line el 6 de enero de 2021

Palabras clave:

Percepciones
Salud urbana
Gobernanza
Diagnóstico de salud

R E S U M E N

Objetivo: Analizar las similitudes y diferencias discursivas en torno a la conceptualización de la salud y los activos y necesidades en salud percibidas en los barrios y la ciudad de Bilbao, en un proceso participativo. **Método:** Se realizaron talleres participativos con profesionales, vecinos/as y ciudadanía asociada. Se analizaron las diferencias de percepciones en torno a los tres bloques de contenido con base en el modelo de salud referido, así como los tipos —de carácter más individual o estructural— de necesidades y activos de salud identificados.

Resultados: La conceptualización de la salud desde una mirada biopsicosocial fue más clara entre las/las profesionales, si bien ambos perfiles apuntaron a la importancia de sus determinantes sociales. La formulación de necesidades y activos en salud por parte de las/las vecinas/os se realizó desde el impacto en su vida cotidiana y desde una posición de usuarias/os con respecto a una Administración proveedora de servicios. Entre la ciudadanía asociada y las/las profesionales, se aludió en mayor medida a determinantes intermedios y estructurales, así como a cuestiones relacionadas con el ámbito de actuación de la Administración.

Conclusiones: La inclusión de la multiplicidad y la diversidad de percepciones en la planificación son aspectos clave para el buen gobierno local por la salud. Para afrontar sus contradicciones es necesario un compromiso de los gobiernos por la incorporación efectiva de la participación ciudadana.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Towards good governance for health: incorporating the diversity of perceptions around urban health

A B S T R A C T

Objective: To analyse the similarities and differences in the discourse surrounding the conceptualisation of health and the perceived health assets and needs in the neighborhoods and city of Bilbao in a participatory process.

Method: Participatory workshops were held with professionals, neighbors and associated citizens. The differences in perceptions of the three content blocks were analysed on the basis of the health model referred, as well as the typologies —of a more individual or structural nature— of identified health needs and assets.

Results: The conceptualisation of health from a biopsychosocial perspective was clearer among professionals, although both profiles pointed to the importance of its social determinants. The formulation of needs and assets in health by the neighbors was made from the impact on their daily life and from a position of users with respect to a service provider administration. Among the associated citizens and professionals, intermediate and structural determinants were more frequently mentioned, as well as issues related to the administration's scope of action.

Conclusions: The inclusion of the multiplicity and diversity of perceptions in planning is key to good local government for health. To address their contradictions, a commitment by governments to effectively incorporate citizen participation is needed.

© 2020 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Perceptions
Urban health
Governance
Health diagnosis

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: maite.morteruel@ehu.eus (M. Morteruel).

Introducción

Los gobiernos municipales tienen una gran capacidad de incidir sobre los determinantes sociales de la salud que operan en la ciudad, generar entornos promotores de la salud y reducir las desigualdades sociales en salud. Asimismo, tienen la posibilidad de adoptar modelos de gobernanza más horizontales y democráticos¹. El buen gobierno por la salud² reconoce la importancia de que las instituciones y los múltiples actores sociales y económicos que conforman la realidad de las ciudades participen de forma conjunta y deliberativa en las decisiones que inciden sobre la salud. Para ello es necesario actuar sobre todo el rango de determinantes sociales de la salud en el ámbito urbano y en su distribución³, así como visibilizar y dinamizar los activos en salud o aquellos bienes, servicios y recursos de los que dispone la ciudad y que contribuyen a generar y mejorar su bienestar⁴.

Este modelo de gobernanza no está exento de desafíos. El primero tiene que ver con la calidad democrática en torno a los procesos de toma de decisión⁵, definida por el número y la diversidad de los actores que participan en la toma de decisiones, la transparencia en sus formas de interacción o la gestión de asimetrías de poder y de los conflictos y disensos⁶. Cumplir estos criterios de calidad democrática implica incorporar los diferentes conocimientos expertos y legos sobre la salud, sus determinantes y las acciones necesarias para mejorarla, manejando su diversidad y, a menudo, su carácter contrapuesto.

Otro desafío del buen gobierno por la salud tiene que ver con el escenario de desconfianza y deslegitimación de la política institucional y de las estructuras representativas que se ha venido dando en las democracias occidentales durante las últimas décadas⁷. En España, en los últimos años y de la mano del auge de los municipalismos, ha habido un repunte de los procesos de activación ciudadana a través de movilizaciones sociales, siendo el ámbito municipal pionero en el desarrollo de procesos de innovación social y de coproducción de políticas públicas^{8,9}. Sin embargo, estas experiencias están lejos de constituir una tendencia más generalizada hacia nuevos modelos de gobernanza que incorporen múltiples agentes (incluido el movimiento asociativo y la ciudadanía no asociada) y a revertir una crisis institucional que se prolonga en el tiempo.

El ámbito específico de las políticas de salud no está exento de desafíos para este buen gobierno. Tradicionalmente, la participación en salud ha sido concebida y llevada a cabo en y desde el sistema sanitario, articulada a través de estructuras formales y acotada a asociaciones profesionales, de pacientes, de consumidores, sindicales o empresariales^{10,11}. Esta dinámica se relaciona con la vigencia de un paradigma biomédico¹⁰ que dificulta la articulación de la participación en torno a cuestiones relacionadas con los determinantes sociales de la salud. Más allá del ámbito sanitario, la participación en el ámbito de la salud pública ha estado tradicionalmente ligada a proyectos de investigación¹², si bien en los últimos años la denominada «participación comunitaria» está teniendo un fuerte desarrollo empírico en el marco de acciones locales en salud¹¹.

Desde la necesidad de avanzar en el conocimiento en torno a estas cuestiones se planteó abordar, a modo de ejemplo, un proceso participativo en salud en Bilbao que tuvo lugar como parte del diagnóstico de salud y sus determinantes para la elaboración, por parte del Ayuntamiento de Bilbao, del I Plan Local de Salud. El diagnóstico de salud tenía como objetivo conocer la percepción de profesionales de diferentes ámbitos (social, sanitario, socioeducativo y deportivo) que trabajan en los barrios, así como de personas residentes y asociaciones vecinales y no profesionalizadas acerca de qué es la salud y qué la determina, y las fortalezas y necesidades relacionadas con la salud y sus determinantes existentes en los barrios y en la ciudad.

El objetivo es analizar las diferencias discursivas en torno a la conceptualización de la salud y las fortalezas y las necesidades percibidas en los barrios y la ciudad de los agentes implicados en un proceso participativo en salud en Bilbao.

Método

Se llevaron a cabo 14 talleres participativos cuyos perfiles participantes se detallan en la [tabla 1](#). Los talleres de profesionales se realizaron en los ocho distritos municipales y la selección de participantes se basó en recabar distintos ámbitos sectoriales y en la paridad de género. Los talleres vecinales se realizaron en cinco barrios de diferentes distritos y de nivel socioeconómico alto, medio y bajo (determinado por indicadores de desempleo, nivel de renta e instrucción). El taller con ciudadanía asociada se dirigió a asociaciones vecinales y no profesionalizadas. La invitación a profesionales y asociaciones la realizó el Ayuntamiento de Bilbao, a través de sus redes formales. Las/los vecinos accedieron a participar mediante una convocatoria abierta, dirigida a personas mayores de edad. Todas/os las/los vecinas/os inicialmente preinscritas/os participaron. Los talleres se realizaron en los centros municipales de distrito y tuvieron una duración de dos horas.

Los talleres consistieron, en primer lugar, en una breve explicación acerca del modelo de los determinantes sociales de la salud y la exposición de algunos datos de salud de los distintos barrios de la ciudad. En segundo lugar, se hizo una reflexión en torno a los siguientes bloques: 1) conceptualización de la salud y de sus determinantes (cómo definen los/las participantes la salud y qué factores son los que, en su opinión, explican la pérdida o la ganancia en salud); 2) identificación y priorización de las necesidades de salud presentes en el barrio y en el conjunto de la ciudad de Bilbao (cuáles son los problemas de salud existentes, referidos tanto a manifestaciones de enfermedad o malestares como a exposición a conductas poco saludables y a factores de estrés psicosocial y cuestiones de naturaleza social o económica que afectan negativamente a la salud y al bienestar); y 3) identificación de los activos en salud presentes en el barrio y en la ciudad de Bilbao (qué elementos de los barrios se perciben como generadores de salud y bienestar). En la dinámica con las asociaciones se reflexionó sobre los puntos 2 y 3 desde una perspectiva de ciudad. Las personas participantes trasladaron a tarjetas adhesivas las necesidades y los activos, las cuales fueron recogidas en un panel grupal y organizadas por temas por parte de las/los dinamizadoras/es. Los temas fueron trasladados a listados (uno de necesidades y otro de activos) y posteriormente fueron priorizados por las/los participantes con un sistema de puntuación de 1 a 10 (de más a menos importantes).

Se llevó a cabo un análisis comparativo de los temas según los bloques de contenido. Así, en el bloque de conceptualización de la salud y sus determinantes, las diferencias se analizaron atendiendo a categorías relativas, por un lado, al modelo de salud referido (biomédico o biopsicosocial) y, por otro, al tipo de los determinantes de salud nombrados atendiendo al modelo de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España¹³ (más cercanos a factores biológicos y conductas de salud o bien a determinantes psicosociales, intermedios y estructurales). En cuanto a los bloques de necesidades y activos, se utilizó el mismo modelo para analizar las diferencias en el tipo de determinantes apuntados por parte de los tres perfiles de participantes.

Resultados

Conceptualización de la salud y los factores que la determinan

En relación con la conceptualización de la salud y los factores que la determinan, hubo algunas diferencias discursivas entre la

Tabla 1
Descripción del perfil y número de participantes en los talleres

Perfiles	N.º talleres	N.º participantes
<i>Profesionales que trabajan en los barrios:</i> Un grupo de profesionales en cada distrito de la ciudad, que trabajan en el ámbito educativo (escuelas, institutos de secundaria y equipos de intervención socioeducativa), centros de acción social, centros de atención psicosocial, centros de salud, deporte y centros municipales	8	66 (6 talleres de 8 personas y 2 talleres de 9 personas)
<i>Ciudadanía no asociada:</i> Personas residentes en cinco barrios de distinto nivel socioeconómico	5	61 (4 talleres de 12 personas y 1 taller de 13 personas)
<i>Representantes de asociaciones vecinales y no profesionalizadas</i>	1	14
<i>Total</i>	14	141

ciudadanía y las/los profesionales (tabla 2). En los grupos de vecinas/os emergió una visión de la salud predominantemente biomédica, vinculándola con la ausencia de enfermedad y con un estado de bienestar físico y mental, y de relación positiva con el entorno. Por su parte, las/los profesionales apuntaron en mayor medida al bienestar psicosocial y relacionado con las condiciones de vida; incluso se aludió a la salud como derecho de las personas y al papel del sistema y los recursos públicos como sus garantes. En cuanto a los condicionantes de la salud, en ambos colectivos emergieron las conductas de salud y las actitudes individuales en un plano protagonista en un primer momento, si bien después pasaron a contextualizarse dentro de condicionantes sociales y económicos (principalmente en el caso de las/los profesionales), así como del entorno (en mayor medida entre las/los vecinas/os), que facilitan más o menos el que las personas estén sanas. Así, entre las/los profesionales emergieron determinantes como el nivel socioeconómico, los roles de género, la situación laboral, la disponibilidad de tiempo para poder dedicar a los cuidados, las relaciones sociales o la soledad no deseada, y entre las/los vecinos emergieron las características del barrio, la calidad del espacio público y la exposición a contaminación ambiental o al ruido.

Necesidades de salud identificadas

En relación con las necesidades de salud percibidas en los barrios, hubo similitudes discursivas entre vecinas/os y profesionales al destacar los factores del entorno físico, como los problemas de accesibilidad, tanto en las viviendas como en el entorno del barrio (tabla 3). También se apuntó a la escasez de espacios de encuentro y ocio en los barrios, especialmente aquellos al resguardo y que no estuvieran asociados al consumo. Atendiendo a las diferencias discursivas, se identificaron algunos hallazgos destacables. En primer lugar, las/los profesionales tendían a identificar con más frecuencia las necesidades de carácter estructural, independientemente del nivel socioeconómico de los barrios. Por su parte, en aquellos barrios de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, las cuestiones relacionadas con esta realidad también emergían entre las/los vecinas/os, aunque, a diferencia de las/los profesionales, se tendían a formular más en relación con sus manifestaciones directas, como «tener condiciones de empleo deficientes» o «dificultad para comprar alimentos saludables por no poder asumir su coste».

Otra diferencia discursiva fue la identificación por parte de las/los profesionales de algunos problemas de forma muy consistente en los diferentes grupos, como la soledad entre las personas mayores o la salud mental. Las conductas de salud desfavorables más prevalentes en los barrios fueron sistemáticamente nombradas por las/los profesionales y no así por las/los vecinas/os, resultado que contrasta con los hallazgos del primer bloque, relativos a la identificación de las conductas como principal factor determinante de la salud por parte de este grupo.

La formulación de los problemas desde la expresión de su vivencia y el impacto que estos tenían en la calidad de vida

cotidiana fue una particularidad del discurso de las/los vecinas/os y las asociaciones vecinales. Así, las/los primeras/os expresaban de forma consistente los malestares relacionados con la percepción de inseguridad, el exceso de ruido, la contaminación, los conflictos derivados de los usos diversos del espacio público, etc. Por su parte, las asociaciones también identificaron aspectos como el ruido y la inseguridad, entre otros malestares, aunque la mayor parte de los problemas identificados tenían un carácter estructural: la tendencia hacia un modelo de ciudad orientada al turismo, el incremento de las desigualdades existentes entre el centro de la ciudad y su periferia, o el crecimiento de un tipo de ocio vinculado al consumo de alcohol y otras sustancias. La pérdida del pequeño comercio y la debilitación de las redes y el apoyo social fueron otras cuestiones destacadas por las asociaciones.

Otro hallazgo relevante tiene que ver con los diferentes posicionamientos desde los cuales los grupos de ciudadanía y de profesionales identificaban estas necesidades. En general, entre la ciudadanía asociada y no asociada, la formulación de necesidades se realizó desde un rol asumido como usuaria de servicios y recursos normalmente percibidos como ausentes, insuficientes o de calidad mejorable, respecto a una Administración proveedora de ellos. En los grupos realizados en los barrios ubicados en la periferia de la ciudad y caracterizados por un menor nivel socioeconómico, estas necesidades se expresaban en clave de «olvido institucional» o de percibirse como «un barrio de segunda» frente a otros de mayor nivel socioeconómico.

Entre las/los profesionales, estos problemas se formulaban en relación con la respuesta —o la falta de respuesta— que desde la Administración se estuviera dando frente a dichas necesidades y, generalmente, desde un posicionamiento autocrítico.

Fortalezas o activos para la salud identificados

En cuanto a las fortalezas o activos para la salud identificados, los diferentes colectivos coincidieron en apuntar aspectos tangibles e intangibles. En los barrios de menor nivel socioeconómico, la solidaridad vecinal, la acción asociativa y la identidad de barrio se pusieron especialmente de manifiesto en relación con las reivindicaciones históricas por la llegada de servicios públicos y la mejora de sus condiciones de vida.

Las principales diferencias discursivas con respecto a los activos radicaban en que, mientras que las/los profesionales tendían a destacar las mejoras en los barrios desarrolladas en los últimos años, entre las/los vecinas/os no se hizo explícito este reconocimiento. El despliegue de recursos institucionales con orientación comunitaria, la oferta de actividades desde los centros cívicos o de trabajo en red entre los servicios y recursos de los barrios fueron puestos en valor de manera más intensa por las/los profesionales de los barrios de nivel socioeconómico más bajo. Las asociaciones, por su parte, pusieron en valor algunas dotaciones específicas, como los accesos a las zonas verdes colindantes a la ciudad, la rica oferta cultural de Bilbao y las actividades de paseos o visitas por la ciudad.

Tabla 2
Concepciones con respecto a la salud y sus factores determinantes

Categorías	Profesionales	Vecinas/os
Definición de salud	Más cercana a una concepción biomédica «La salud es de diferentes tipos: física, psíquica, y se trata de que haya un equilibrio, con respecto a la salud física, que haya una armonía, adecuada alimentación, necesidades básicas cubiertas, el tema económico y en cuanto a salud mental también, el equilibrio que permita tener una vida feliz y saludable.» Mujer. Grupo de profesionales de Rekalde	«Es ausencia de enfermedad, estar sano me parece que es estar en parámetros que te permitan hacer una vida de buena calidad.» Vecino de Indautxu
Factores que determinan la salud	Más cercana a una concepción biopsicosocial «Es un derecho de la persona, el bienestar, sentirse bien en todos los aspectos, y el entorno urbano, administración, los distintos recursos den posibilidades para disfrutar de ese derecho.» Mujer. Grupo de profesionales de San Ignacio	«Para mí la salud es el mayor nivel de bienestar que se puede adquirir, es un concepto que tiene que ver con cómo nos relacionamos con el entorno, con los demás. Cómo asumimos las enfermedades y las limitaciones cada uno. No solo físicamente cómo estamos, sino cómo nos relacionamos. Qué actitud tenemos.» Vecina de Otxarkoaga
	Más cercanos a aspectos biológicos o individuales	«Hay gente que está sana y se muere a los 50 años. Muchas veces no se sabe de qué depende. Igual es genético.» Vecino de Indautxu «Depende de los dos ámbitos, físicos y psíquicos. Depende del tipo de vida que hayamos llevado. Hay gente muy enferma que tiene actitud muy positiva.» Vecino de San Ignacio «Depende de uno mismo, que te lo tomes con más alegría o menos, que seas más quejica o menos. Y tirar para adelante. Calidad de la alimentación, el entorno, las amistades y todo lo que te rodea, si es bueno, te mejora mucho.» Vecina de San Ignacio
	Más cercanos a los determinantes psicosociales, intermedios y estructurales de la salud	«La alimentación es muy factorial, la parte intelectual, igual desconocimiento, la parte económica y la parte de gestión del tiempo. Hoy en día, si trabajas muchas más horas, con el tiempo de que dispones, es más fácil hervir pasta que cocinar otras cosas.» Mujer. Grupo de profesionales de Otxarkoaga «[Como profesional] puedo decir que hay que comer pescado y hay que comer verdura, pero si no hay recursos... Una alimentación equilibrada pasa por un coste económico (...). Una persona mayor que me dice: "ya sé que mis nietos tienen que cenar pescado, pero tienen que ser unas salchichas y un huevo frito porque tengo que llenarles el estómago. O cuezo una pasta y hago una ensalada de pasta, que no es mala". Pero que igual si vamos a las necesidades específicas de los niños, lácteos, o proteínas, no llegan, porque no llegan...» Mujer. Grupo de profesionales de Otxarkoaga «En los centros cívicos, tenemos una labor sanitaria que llamo centros anti-soledad (...); cuando el contexto es negativo, más refugio es el centro cívico. Mucha de la salud es que la gente no se sienta sola.» Hombre. Grupo de profesionales de San Francisco «Si todos no tenemos los mismos medios y no tenemos la misma salud, algo tendrá que ver dónde vivimos, los servicios que nos dan, porque al final todo eso nos genera problemas y nos afecta. Por mucha constitución que tengamos genética, si lo que nos rodea nos joroba (...) afecta a nuestra salud.» Mujer. Grupo de profesionales de Indautxu «El nivel socioeconómico más bajo implica que haya más paro, eso es importante para la salud (...). En las consultas vemos la repercusión de lo económico en relación con tratamientos de ansiedad, depresión, autoestima, no puedo sacar a mi familia adelante, no puedo con este rol de padre o madre, la ansiedad se somatiza, dolores múltiples que afectan más a la autoestima, y llega un momento que es una bola de nieve que nos pasa por encima.» Mujer. Grupo de profesionales de Zorroza «En un barrio alto incomunicado no vive una persona con una renta alta (...). No es lo mismo, insisto, vivir en (...) un barrio, pues eso, con más recursos y con otro tipo de infraestructuras que vivir en otros barrios de Bilbao. ¡Que mira que [Bilbao] es pequeño! Pero... ¡Nada que ver!» Mujer. Grupo de profesionales de Castaños

Tabla 3
Necesidades de salud priorizadas en los grupos de profesionales y vecinas/os en los barrios

Indautxu	Santutxu	San Ignacio
<p><i>Profesionales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de soledad en personas ancianas y personas solteras sin hijos o hijas 2. Presencia elevada de sanidad privada y doble cobertura 3. Falta de espacios de ocio, deporte y de reunión 4. Falta de identidad de barrio y poco trabajo en red 5. Tráfico excesivo y ruido 6. Entorno urbano poco amigable (sobre todo para población infantil y mayor) 7. Problemas de salud mental infantil 8. Edificios antiguos y no adaptados 9. Falta de ayuda para personas mayores y personas con diversidad funcional 10. Falta de control sobre viviendas comunitarias de gestión privada <p><i>Vecinas/os</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exceso de ruido asociado a la actividad hostelera 2. Inseguridad de las mujeres 3. Incivismo y falta de educación en valores, relacionados con la mala utilización de los carriles para bicicletas y de las aceras por parte de ciclistas y peatones 4. Escasez de oferta pública cultural accesible y económica 5. Escasez de atención de la Administración 6. Elevado consumo de sustancias, como alcohol y otras 7. Escasez de espacios de ocio, esparcimiento y zonas verdes 8. Contaminación atmosférica 9. Falta de una red adecuada de carriles para bicicletas y deficiente uso de las aceras por parte de peatones y ciclistas 10. Falta de identidad de barrio <p>Rekalde</p> <p><i>Profesionales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de soledad y desprotección de la población mayor 2. Condiciones socioeconómicas adversas (pobreza, exclusión y estigma social) 3. “Guetización” de algunos colectivos en los centros escolares públicos 4. Falta de recursos y valoración adecuados en salud mental y dependencia 5. Presencia de desigualdades de género 6. Problemas de accesibilidad y calidad de las viviendas 7. Problemas relacionados con el tráfico 8. Transporte público deficitario 9. Falta de educación formal y cívica 10. Falta de recursos comunitarios 	<p><i>Profesionales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de soledad de la población mayor 2. Presencia de conductas no saludables relacionadas especialmente con sedentarismo y consumo de tabaco y alcohol 3. Falta de zonas verdes 4. Alta densidad demográfica 5. Situación económica desfavorable (paro, bolsas de pobreza e infravivienda) 6. Problemas de salud mental (desprotección en población adulta y mayor) 7. Falta de accesibilidad de la vivienda y características deficientes 8. Problemas de accesibilidad y falta de carriles para bicicletas 9. Falta de cohesión social y pérdida de identidad de barrio 10. Problemas de accesibilidad hacia fuera del barrio <p><i>Vecinas/os</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contaminación ambiental por tráfico 2. Problemas relativos a las condiciones de vida (desempleo, pobreza) 3. Exceso de ruido 4. Falta de seguridad, relacionada con el consumo de drogas 5. Escasez de zonas verdes 6. Escaso espacio peatonal por la ocupación de terrazas de hostelería 7. Escasez de servicio de aparcamiento 8. Escasez o necesidad de rehabilitación de infraestructuras, como aceras, parques o plazas 9. Escasez de infraestructuras para ocio y deporte <p>Otxarkoaga</p> <p><i>Profesionales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de bajo nivel educativo y formativo 2. Falta de accesibilidad física de las viviendas y soledad por aislamiento en población mayor 3. Falta de perspectivas de futuro y falta de normas familiares entre la población infantil 4. Presencia de conductas poco saludables relacionadas especialmente con el sedentarismo y la mala alimentación 5. Presencia de desigualdades de género y relacionadas con la orientación sexual 6. Relaciones interculturales dificultosas entre vecinos y vecinas del barrio 7. Situación económica adversa de la población 8. Adicciones y consumo de drogas 9. Falta de suficientes actividades de ocio y para las relaciones sociales, especialmente en personas mayores 10. Presencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos en población adolescente 	<p><i>Profesionales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desinformación de los y las profesionales con respecto a los recursos del barrio 2. Falta de espacios y recursos suficientes para mayores (parques biosaludables) 3. Falta de espacios y recursos suficientes para jóvenes 4. Presencia de características desfavorables del entorno físico (problemas de la ría, características de las aceras) 5. Recursos económicos insuficientes de un sector de la población 6. Falta de accesibilidad a la vivienda y problemas de hacinamiento de algunos sectores 7. Existencia de desigualdades de género 8. Problemas de salud mental <p><i>Vecinas/os</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas de accesibilidad en los edificios y en el entorno de las viviendas 2. Inseguridad en horario nocturno 3. Servicios sanitarios deficientes 4. Venta/consumo de alcohol en menores 5. Exceso de ruido 6. Escasez de oferta de ocio 7. Transporte público deficiente 8. Gestión del desempleo deficiente (falta de servicios, falta de efectividad) 9. Escasez de zonas verdes 10. Escasez de servicios de aparcamiento 11. Exceso de urbanización

Tabla 3
(continuación)

Indautxu	Santutxu	San Ignacio
<p>Vecinas/os</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autopista, como fuente de ruido, contaminación e inseguridad 2. Situación socioeconómica desfavorable (desempleo, personas sin hogar) 3. Transporte público deficitario 4. Inseguridad 5. Pérdida de vida de barrio 6. Problemas de accesibilidad 7. Escasez o ausencia de carriles para bicicletas y de elementos que faciliten caminar 8. Contaminación ambiental, por presencia de ruido, polución 9. Olvido institucional, con respecto a otros barrios de la ciudad 10. Carencia de espacios de ocio (todas las edades) 11. Falta de cultura popular (escasez o ausencia de oferta atractiva y locales para el desarrollo de actividades culturales) 12. Escasez de ocio y espacios para personas mayores 13. Violencia de género 14. Mal estado de las zonas verdes 	<p>Vecinas/os</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones de vivienda deficientes, necesidad de rehabilitación de viviendas 2. Escasez de campañas de información, oferta de charlas, etc. 3. Problemas de accesibilidad en el barrio (cuestas, etc.) 4. Olvido institucional con respecto a otros barrios de la ciudad («barrio de segunda categoría») 5. Escasez de apoyo a grupos vulnerables (mayores, etc.) 6. Escasez de instalaciones, como polideportivo 7. Problemas de inseguridad 8. Problemas de acceso a alimentación saludable, relacionados con precios elevados 9. Escasez de trabajo comunitario 10. Condiciones de empleo y trabajo deficientes 11. Escasa oferta de ocio al aire libre 12. Copaga sanitario 	

Discusión

Este estudio muestra la diversidad de percepciones en torno a la conceptualización de la salud y sus determinantes entre la ciudadanía y las/los profesionales, así como a las necesidades y los activos identificados en un contexto urbano. La ciudadanía tendía a conceptualizar la salud desde una visión predominantemente biomédica, mientras que las/los profesionales lo hicieron desde una mirada más biopsicosocial, si bien ambos colectivos apuntaron a la importancia de sus condicionantes sociales. En cuanto a la identificación de las necesidades y los activos en salud, la formulación de las/los profesionales se hizo vinculando las necesidades con su origen estructural y con las actuaciones que desde la Administración se llevan o se han llevado a cabo para abordarlas. Los activos en salud también fueron formulados desde los esfuerzos de las Administraciones por procurarlos. Por su parte, las/los vecinas/os formularon estas cuestiones desde el impacto de los problemas y de los activos en su vida cotidiana, y desde una marcada posición de usuarias/os con respecto a una Administración proveedora de servicios. La ciudadanía asociada formuló las necesidades apuntando a algunos aspectos estructurales diferentes de los señalados por las/los profesionales y, a su vez, dando cuenta de su impacto en aspectos cotidianos.

Este estudio es el primero, que conozcamos, en nuestro contexto, que ha analizado las diferencias en los discursos entre agentes implicados en un proceso participativo vinculado a la elaboración de una política de salud. En relación con la conceptualización de la salud y sus determinantes, otros estudios han constatado el predominio de las cuestiones biomédicas e individuales al consultar a las comunidades¹⁴. Un factor a tener en cuenta es la manera en que se formula la pregunta, en cuanto esta puede condicionar las respuestas, direccionándolas más hacia los factores micro o individuales o hacia los determinantes sociales de la salud¹⁵. En el caso del presente estudio, si bien inicialmente las conductas de salud fueron un emergente claro al hablar de los condicionantes de la salud, la dinamización a lo largo de los talleres, tratando de enfocar la reflexión hacia los factores más sociales o más alejados de las cuestiones individuales y la explicación previa acerca del modelo

social de la salud, tuvieron un papel importante para ampliar el foco discursivo.

Más allá de caracterizar y señalar los elementos comunes y diferenciadores entre las narrativas ciudadanas y profesionales, los hallazgos ponen en valor los conocimientos situados¹⁶ aportados por los diferentes actores. El conocimiento técnico aporta una visión de los problemas relacionados con la salud, enmarcándolos en las circunstancias socioeconómicas y políticas, y más cercana a la perspectiva poblacional. Además, por un lado, aporta los saberes expertos del sector en torno al cual se desarrolla la política pública, y por otro, un mayor conocimiento de la realidad de la Administración como principal ente gestor de las cuestiones públicas. Por su parte, la ciudadanía, tanto la asociada como la no asociada, ofrece su conocimiento desde la experiencia cotidiana de su entorno y como usuaria o beneficiaria de los servicios y recursos que la Administración desarrolla en el territorio. Estos roles marcados de ciudadanía usuaria frente a Administración proveedora suponen la constatación de que queda margen para avanzar hacia un modelo más cercano a la coproducción de políticas¹⁷ o gobernanza en red. Otro síntoma de ello es la falta de reconocimiento o desconocimiento por parte de la ciudadanía acerca de lo que la Administración hace, lo que puede suponer un obstáculo para una acción municipal efectiva. Dentro de la ciudadanía, la asociada ofrece particularidades discursivas que deben ponerse en valor. Además de ofrecer un enfoque experimental de las necesidades y los activos de salud, aporta, con respecto a la ciudadanía no asociada, una mirada más orientada a las condiciones de vida y a las cuestiones estructurales que afectan al bienestar de las personas, desde una perspectiva no profesional. Asimismo, es capaz de poner en valor recursos y servicios institucionales que contribuyen a la mejora de la calidad de vida, a la vez que posee una mirada crítica, más ausente en general entre la ciudadanía a título individual, con respecto a inercias urbanas que no contribuyen al bienestar poblacional.

La inclusión de las múltiples voces y su articulación al analizar cualquier fenómeno contribuyen a un entendimiento más completo de la realidad¹⁶. En este sentido, la presencia o la ausencia de unas u otras voces en un diagnóstico de salud urbana (como es

el caso de este estudio) determinará sus resultados y, con mucha seguridad, la respuesta que se derive. A la luz de los resultados, cabe destacar la importancia de considerar como actores diferenciados a la ciudadanía asociada y a la no asociada. La participación dirigida a la ciudadanía asociada ha sido frecuente desde finales del siglo pasado, cuando comenzó a tener una presencia importante en los órganos de participación formales. Sin embargo, las asociaciones constituyen grupos conformados en torno a distintos intereses y su protagonismo debe diferenciarse del de la ciudadanía no asociada¹⁸. Tal como se ha mostrado en el estudio, ambos colectivos ofrecen miradas complementarias entre sí y de cada uno con respecto a las/los profesionales.

Algunas de las limitaciones de la presente investigación tienen que ver con que se trata de un estudio anidado en un proceso participativo para el diagnóstico del Plan de Salud de Bilbao. Por un lado, no fue posible desarrollar los grupos de vecinas/os en barrios de todos los distritos de Bilbao, como se hizo con las/los profesionales. Esto limitó la comparación de los discursos en los diferentes barrios, aunque en los criterios de selección se trató de cubrir el espectro socioeconómico de la totalidad de los barrios de la ciudad. También cabe señalar el sesgo de motivación, principalmente en el caso de las/los vecinas/os, ya que es más probable la participación de aquellas personas más sensibilizadas o con mayores posibilidades de participar.

Los hallazgos de este estudio pueden ser localmente generalizables en el contexto español, en cuanto son atribuibles en buena medida a la cultura democrática de nuestro país en general y al recorrido limitado de las políticas de participación de ámbito local, específicamente. Algunas de las implicaciones a la luz de los resultados se orientan a llevar a cabo procesos participativos cuyas conclusiones sean consideradas en el diseño, el desarrollo y el seguimiento de las políticas municipales en torno a la salud; a desarrollar procesos deliberativos que integren las distintas narrativas en busca de consensos y visibilizando los disensos; y a avanzar en la transición de los roles de institución proveedora de servicios frente a ciudadanía usuaria hacia otros de coproducción de servicios y políticas públicas.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En la toma de decisiones en salud, la inclusión de diferentes agentes y la articulación de los discursos, a menudo contrapuestos, son requisitos de buen gobierno. Sin embargo, esta perspectiva implica desafíos importantes. El artículo pretende avanzar en el conocimiento para su abordaje.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se analizan similitudes y diferencias discursivas profesionales y ciudadanas en torno a la salud, y se aborda la necesidad de incluirlas y articularlas para avanzar en el buen gobierno por la salud. Se desarrollan propuestas para un compromiso institucional por el buen gobierno, para fortalecer la calidad democrática y promover el empoderamiento social y comunitario en salud.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez Dardet.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a Gaceta Sanitaria, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Concepción y diseño del trabajo, y recogida de datos: A. Bacigalupe y M. Morteruel. Análisis e interpretación de los datos, y redacción de la primera versión del manuscrito: M. Morteruel. Revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales: A. Bacigalupe y A. Moreno. Todas las personas firmantes aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. De Leeuw E. Intersectoral action, policy and governance in European Healthy Cities. *Public Health Panorama*. 2015;1:111–204.
2. Kickbusch I. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen: WHO; 2012, 197 p.
3. Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban area. *J Epidemiol Commun Health*. 2013;67:389–91.
4. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Informe SESPAS 2016*. Gaceta Sanitaria. 2016;30 (Supl):93–8.
5. Blanco I, Gomà R, editores. *Gobiernos locales y redes participativas*. Barcelona: Ariel; 2002.
6. Parés M, Castellà C. Una propuesta de criterios de calidad democrática para evaluar los procesos participativos. En: Parés M, coordinador. *Participación y calidad democrática. Evaluando las nuevas formas de democracia participativa*. Barcelona: Ariel; 2009, p. 241–64.
7. Brugué Q. Calidad democrática: de la debilidad liberal a la fuerza deliberativa. En: Parés M, coordinador. *Participación y calidad democrática. Evaluando las nuevas formas de democracia participativa*. Barcelona: Ariel; 2009, p. 241–64.
8. Blanco I, Gomà R. El municipalismo del bé comú. Barcelona: Icària; 2016, 182 p.
9. Martínez R, Walliser A, Cruz H, et al. De la crítica a la innovación en la gobernanza participativa: el papel de los nuevos activismos urbanos en Madrid y Barcelona. Gijón: XII Congreso Español de Sociología; 2016.
10. Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2010;12:55–62.
11. Jacques-Aviñó C, Pons-Vigués M, Mcghe JE, et al. Participación pública en los proyectos de investigación: formas de crear conocimiento colectivo en salud. *Gac Sanit*. 2019;34:200–3.
12. Casseti V, Paredes-Carbonell JJ, López Ruiz V, et al. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. *Informe SESPAS 2018*. *Gac Sanit*. 2018;32 (Supl):41–4.
13. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. *Gac Sanit*. 2012;26:182–9.
14. De Leeuw E. We need action on social determinants of health — but do we want it, too? Comment on “Understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities. *Int J Health Policy Manag*. 2016;5:379–82.
15. Combers M. *Determinants of health: theory, understanding, portrayal, policy*. Vol. 13. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher; 2002, 217 p.
16. Haraway D. *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra; 1995, 431 p.
17. Parés M. *Repensar la participación de la ciudadanía en el mundo local*. Barcelona: Diputación de Barcelona; 2017.
18. Blas A, Ibarra P. La participación: estado de la cuestión. *Cuadernos de Trabajo de Hegoa*. 2006:39.