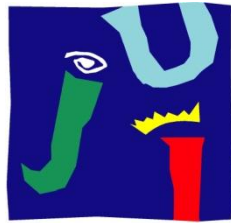


**UNIVERSITAT JAUME I**

**FACULTAT DE CIÈNCIES HUMANES I SOCIALS**

**PROYECTO DE FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER OFICIAL EN TRADUCCIÓN MEDICOSANITARIA**



**UNIVERSITAT  
JAUME·I**

**LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL Y LA FORMACIÓN  
DE AGENTES DE SALUD DE BASE COMUNITARIA.  
ESTUDIO SOBRE EL PROYECTO RIU**

Presentado por Antonio Iborra Rovira

Dirigido por el Dr. D. Francisco José Raga Gimeno

Curso: 2014-2015

**Castellón, 2015**



*...a mis padres y a mi hermano*

## RESUMEN

Las diferencias a la hora de acceder a los programas de Salud Pública han dado lugar al nacimiento de la figura del agente de salud de base comunitaria, una de las más importantes en el mundo de la mediación intercultural y comunitaria hoy en día. En el presente trabajo hemos abordado la descripción de este rol (diferenciándolo del papel del intérprete y del mediador intercultural), así como las aportaciones teóricas realizadas hasta nuestros días. Asimismo, nos hemos adentrado en la estructura y en el funcionamiento de un proyecto de formación de agentes de salud, el *Proyecto RIU (Comunitat Valenciana)*, y mediante encuestas realizadas a los agentes ya formados, nos hemos propuesto analizar la eficiencia de este proyecto a la hora de formar a los candidatos. Posteriormente, hemos plasmado nuestras impresiones en forma de posibles mejoras que podría adoptar el *Proyecto RIU* en sus próximas ediciones.

*Palabras clave:* Salud Pública, agente de salud de base comunitaria, mediación intercultural, *Proyecto RIU*, formación.

## ABSTRACT

*The differences that occur when entering Public Health initiatives have resulted in the figure of the community-based health care agent, one of the most important ones in the world of intercultural and community mediation nowadays. In this paper we have addressed the description of this role (settling the differences it has with the interpreter and the intercultural mediator), as well as the theoretical contributions that have been made to the present day. Furthermore, we have investigated the structure and the operation of a project that trains health care agents, the Proyecto RIU (Comunitat Valenciana) and, through surveys filled by those agents that have been trained, we have undertaken the analysis of the efficiency in this project when training the candidates. Later, we have set our impressions by means of possible improvements that the Proyecto RIU could follow in its next editions.*

*Keywords:* Public Health, community-based health care agent, intercultural mediation, Proyecto RIU, training.

## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría poder agradecer a todos los que directa o indirectamente han colaborado para que este trabajo viese la luz:

Al Dr. Patxi Raga Gimeno, tutor de este Trabajo de Fin de Máster, por instarme a ir siempre más allá y por ayudarme en todo momento; y con quien me gustaría trabajar de nuevo en el futuro.

A Dory Aviñó Juan-Ulpiano y a Mireia López Nicolás, por su inestimable ayuda durante la recopilación de datos, por abrirme las puertas del Proyecto RIU y por su magnífica disponibilidad.

A mi familia, sin cuya infinita ayuda no hubiera podido llegar hasta aquí, gracias por creer en mí y en mis posibilidades en el mundo de la traducción.

A mis amigos, gracias por apoyarme en los momentos más largos y por ayudarme a «desconectar» cuando más lo necesitaba.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Definición y justificación del objeto de estudio	12
1.2. Objetivos	13
1.2.1. Objetivos fundamentales	13
1.2.2. Objetivos adicionales	13
1.3. Hipótesis	13
1.4. Estructura del trabajo	13
2. MARCO TEÓRICO: ESTADO DE LA CUESTIÓN	15
2.1. Mediación comunitaria	15
2.1.1. Definición	15
2.1.2. Perspectiva global de la mediación comunitaria	17
2.1.3. Ámbitos de uso	20
2.1.3.1. El modelo sanitario catalán	20
2.1.3.2. La mediación intercultural en la Comunidad de Madrid	23
2.2. La mediación intercultural en salud	25
2.2.1. Intérpretes lingüísticos, mediadores interculturales y agentes de salud comunitarios	25
2.2.2. La figura del agente comunitario de salud	30
2.2.2.1. Definición	30
2.2.2.2. Origen	31
2.2.2.3. Perfil	32
2.2.2.4. Objetivos	33
3. PROYECTO RIU	37
3.1. Marco conceptual	37
3.2. Origen del proyecto y objetivo. Los primeros años	37
3.3. Zonas en las que se implementa	38
3.4. Objetivos del proyecto	39
3.5. Metodología del proyecto	40
3.6. Fases del proyecto: la formación de ASBC	42
3.6.1. Primeros pasos: acuerdos iniciales	43

3.6.1.1. FISABIO	44
3.6.2. Captación y selección de los futuros agentes comunitarios	45
3.6.3. Proceso formativo	47
3.6.4. El paso hacia la praxis: acciones de campo	49
3.6.5. Evaluación de las actividades realizadas	54
4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	56
5. RESULTADOS DEL ESTUDIO	58
5.1. Conocimientos	59
5.2. Habilidades	62
5.3. Actitud como agente de salud	66
5.4. Proyecto RIU	71
6. POSIBLES MEJORAS EN EL PROYECTO RIU	77
7. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	86
7.1. Futuras líneas de investigación	89
8. BIBLIOGRAFÍA	91
9. ANEXOS	
Anexo I: Carta de solicitud de investigación a la dirección del proyecto RIU	97
Anexo II: Encuesta realizada a los ASBC formados por el proyecto RIU	98
Anexo III: Entrevista realizada a los candidatos del proyecto RIU	104
Anexo IV: Dossier de la unidad 1 – Alzira 2015	107

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Áreas de implantación del Proyecto RIU (López Nicolás, 2015) .....	39
Tabla 2: Fundamentos de RIU (López Nicolás, 2015) .....	40
Tabla 3: Posibles mejoras en el Proyecto RIU (elaboración propia).....	85

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Las etapas de RIU (Paredes-Carbonell <i>et al.</i> , 2011) .....	41
Ilustración 2: Relación profesional-candidato (López Nicolás, 2015) .....	46
Ilustración 3: Red de acciones individuales (López Nicolás, 2015).....	50
Ilustración 4: Actividad grupal en centro educativo (López Nicolás, 2015).....	51
Ilustración 5: Actividad grupal en domicilio particular (López Nicolás, 2015).....	51
Ilustración 6: Actividad grupal en centro social (López Nicolás, 2015) .....	52
Ilustración 7: Actividades comunitarias (Elaboración propia) .....	53
Ilustración 8: Mural en contra de la violencia de género (López Nicolás, 2015).....	54

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Cuestión 1.1. (elaboración propia) .....	59
Gráfico 2: Cuestión 1.2. (elaboración propia) .....	59
Gráfico 3: Cuestión 1.3. (elaboración propia) .....	60
Gráfico 4: Cuestión 1.4. (elaboración propia) .....	60
Gráfico 5: Cuestión 1.5. (elaboración propia) .....	61
Gráfico 6: Cuestión 1.6. (elaboración propia) .....	61
Gráfico 7: Cuestión 2.1. (elaboración propia) .....	62
Gráfico 8: Cuestión 2.2. (elaboración propia) .....	62
Gráfico 9: Cuestión 2.3. (elaboración propia) .....	63
Gráfico 10: Cuestión 2.4. (elaboración propia) .....	63
Gráfico 11: Cuestión 2.5. (elaboración propia) .....	64
Gráfico 12: Cuestión 2.6. (elaboración propia) .....	64
Gráfico 13: Cuestión 2.7. (elaboración propia) .....	65
Gráfico 14: Cuestión 2.8. (elaboración propia) .....	65



Gráfico 15: Cuestión 3.1. (elaboración propia) .....	66
Gráfico 16: Cuestión 3.2. (elaboración propia) .....	66
Gráfico 17: Cuestión 3.3. (elaboración propia) .....	67
Gráfico 18: Cuestión 3.4. (elaboración propia) .....	67
Gráfico 19: Cuestión 3.5. (elaboración propia) .....	68
Gráfico 20: Cuestión 3.6. (elaboración propia) .....	68
Gráfico 21: Cuestión 3.7. (elaboración propia) .....	69
Gráfico 22: Cuestión 3.8. (elaboración propia) .....	69
Gráfico 23: Cuestión 3.9. (elaboración propia) .....	70
Gráfico 24: Cuestión 3.10. (elaboración propia) .....	70
Gráfico 25: Cuestión 4.1. (elaboración propia) .....	71
Gráfico 26: Cuestión 4.2. (elaboración propia) .....	71
Gráfico 27: Cuestión 4.3. (elaboración propia) .....	72
Gráfico 28: Cuestión 4.4. (elaboración propia) .....	72
Gráfico 29: Cuestión 4.5. (elaboración propia) .....	73
Gráfico 30: Cuestión 4.6. (elaboración propia) .....	73
Gráfico 31: Cuestión 4.7. (elaboración propia) .....	74
Gráfico 32: Cuestión 4.8. (elaboración propia) .....	74
Gráfico 33: Cuestión 4.9. (elaboración propia) .....	75
Gráfico 34: Cuestión 4.10. (elaboración propia) .....	75
Gráfico 35: Cuestión 4.11. (elaboración propia) .....	76

## SIGLAS UTILIZADAS

AAA: *American Arbitration Association*

ABA: *American Bar Association*

ASBC: Agente de Salud de Base Comunitaria

CPR: *Institute for Dispute Resolution*

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

FMCS: *Federal Mediation and Conciliation Service*

FISABIO: Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica

ICC: *Internacional Court of Arbitration*

INE: Instituto Nacional de Estadística

ISP/ISSPP: Interpretación en servicios públicos

ONG: Organización No Gubernamental

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RIU: Replica, Innova, Une

SEMSI: Servicio de Mediación Social Intercultural

SMCPB: Servicio de Mediación Comunitaria de la Provincia de Barcelona

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPDIR: *Society of Professionals in Dispute Resolutions*

UNICEF: *United Nations International Children's Emergency Fund*



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. *Definición y justificación del objeto de estudio*

El motivo principal que ha propiciado la realización del presente trabajo es la preocupación que nos ha suscitado el hecho de observar cómo en un ámbito tan importante como es el Sistema Nacional de Salud, concretamente en el Departamento de Salud Pública de la Comunitat Valenciana, existen personas que todavía hoy en día se encuentran con dificultades para acceder a los programas de salud.

Asimismo, hemos considerado de especial interés estudiar la figura del agente de salud de base comunitaria. Así pues, mediante este estudio nos gustaría tener la oportunidad de reflexionar sobre la situación actual de aquellos colectivos sociales más desfavorecidos y de demostrar el papel de un agente de salud en tanto que puente entre los colectivos mencionados y el sistema sanitario.

La finalidad de este estudio es analizar, tanto descriptiva como empíricamente, el proceso de formación de agentes de salud que lleva a cabo el *Projecte RIU*, analizado en el punto 4. Para ello, daremos cuenta del concepto de mediación comunitaria, así como el de mediación intercultural en el ámbito sanitario. Asimismo, analizaremos el perfil que debería presentar todo agente de salud.

Por último y tras analizar detalladamente el *Projecte RIU*, presentamos los resultados de las encuestas realizadas y las conclusiones a las que hemos llegado, así como las posibles mejoras que podría llevar a cabo el *Projecte RIU* para una mejor formación de los agentes de salud.

Para la fase empírica hemos tomado como base los datos proporcionados por los responsables del RIU y la información extraída de las encuestas realizadas a algunos de los agentes de salud formados por parte de este proyecto. Cabe destacar que para la realización de este trabajo hemos contado con la aprobación del equipo coordinador del proyecto.

## 1.2. *Objetivos*

### 1.2.1. *Objetivos fundamentales*

El principal objetivo de este estudio es presentar con detalle la figura del agente de salud en el marco de la mediación comunitaria e intercultural en el ámbito sanitario. Para ello, daremos cuenta de la realidad de este perfil a nivel nacional y lo diferenciaremos de aquellos perfiles profesionales que muestran tanto los intérpretes sanitarios como los mediadores interculturales.

### 1.2.2. *Objetivos adicionales*

1. Analizar uno de los principales proyectos de formación de agentes de salud existentes en nuestro país: el *Projecte RIU*.
2. Averiguar el grado de implicación y de satisfacción en aquellos agentes de salud formados durante las ediciones pasadas del proyecto.

## 1.3. *Hipótesis*

Los agentes de salud de base comunitaria son una figura necesaria en el ámbito de la mediación sanitaria en tanto que puente entre el sistema de salud y los colectivos más desfavorecidos de la sociedad. El *Projecte RIU* se basa en la preparación óptima de los agentes de salud en las poblaciones de Alzira y de Algemesí, situadas ambas en la provincia de Valencia.

## 1.4. *Estructura del trabajo*

En primer lugar realizaremos una aproximación teórica y una revisión del estado de la cuestión en torno a los conceptos de mediación comunitaria, mediación intercultural y agente de salud de base comunitaria, unos conceptos que sientan las bases teóricas de este trabajo de fin de máster. Acto seguido presentaremos con detalle el proyecto RIU, analizado durante los últimos meses y el cual nos ha servido de base para llevar a cabo nuestro estudio. A continuación detallaremos la metodología seguida y presentaremos

los resultados obtenidos a través de las encuestas. Por último, presentaremos las conclusiones, apartado en el que realizaremos un balance de los resultados obtenidos, así como de nuestras expectativas, y apuntaremos las posibles vías futuras de investigación que puede suscitar nuestro estudio.

## 2. MARCO TEÓRICO: ESTADO DE LA CUESTIÓN

### 2.1. *Mediación comunitaria*

#### 2.1.1. *Definición*

El concepto «mediación» podría ser definido, *grosso modo*, como la interposición entre dos o más individuos que riñen o contienden, con el objetivo de reconciliarles y unirlos en amistad (tercera acepción recogida en la entrada «mediar» del *Diccionario de la Real Academia Española*). Como vemos, esta definición resulta insuficiente, a la par que poco acertada, cuando nos situamos en el plano de la mediación comunitaria. Por su parte, Antonin Martín (2009: 142) define el término «mediación» como «el recurso puente que favorece la comunicación y promueve un cambio constructivo en las relaciones entre personas de diversas culturas que mantienen entre sí relaciones conflictivas en el seno de una misma comunidad» (Antonin Martín, *ibídem*).

Así, de la segunda de las definiciones pueden extraerse tres conceptos fundamentales para entender la mediación comunitaria: comunidad, diversidad cultura/interculturalidad y conflicto, respectivamente.

- a) Comunidad: según Nogueiras (1996: 38-44), el término «comunidad» hace referencia al grupo que comparte un espacio y un sentimiento de pertenencia que permite activar relaciones de solidaridad y de mutuo apoyo entre los miembros que la conforman, todo con el objetivo de lograr mejoras colectivas. Por consiguiente, para la mediación comunitaria, la comunidad constituye el referente último fundamental y el recurso clave para generar cohesión social.
- b) Diversidad cultural/interculturalidad: entendemos por diversidad cultural la expresión de los diferentes grupos sociales: clases sociales, grupos de edad, de género, etc., lo que nos lleva a afirmar que toda sociedad es culturalmente diversa. Asimismo, desde el punto de vista de esta diversidad cultural, podemos distinguir entre las situaciones de interculturalidad (conjunto de relaciones entre grupos culturales variados, caracterizadas por la convivencia no exenta de conflictos y por el diálogo entre los grupos) y las de multiculturalidad (situación de contacto entre grupos culturales, caracterizada por la coexistencia y el respeto mutuo aunque con escasa interacción entre tales grupos).

- c) Conflicto: entendemos por conflicto un tipo de relación entre grupos caracterizada por la oposición entre los miembros del grupo por el mero hecho de mostrar posturas divergentes entre sí. Para la mediación comunitaria, el conflicto se percibe no como un problema, sino como un reto y un motor de cambio, como la oportunidad para el desarrollo de la comunidad, por lo que los conflictos ejercen un efecto tanto integrador como separatista dentro de la comunidad (Coser, 1956). Como veremos en el presente trabajo, la acción mediadora es capaz de desbloquear una situación conflictiva cuyos efectos paralizantes e incluso degenerativos merman a esta comunidad en cuestión.

Giménez (1997: 142), por su parte, considera que la mediación intercultural hace referencia a la modalidad de intervención de terceras personas en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados, todo con el objetivo de conseguir:

- El reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes.
- La comunicación y la comprensión entre los participantes.
- La resolución de los conflictos.
- La adecuación institucional.

Así, citamos textualmente la definición propuesta por Giménez (ibídem), pues nos sentimos plenamente identificados con el autor, quien aborda todos los puntos descritos anteriormente y los incluye en una única definición:

«La mediación social intercultural consiste en una modalidad de intervención de terceras partes neutrales entre actores sociales o institucionales en situaciones sociales de multiculturalidad significativa, en la cual el profesional tiende puentes o nexos de unión entre esos distintos actores o agentes sociales con el fin de prevenir y/o resolver y/o reformular posibles conflictos y potenciar la comunicación, pero sobre todo con el objetivo último de trabajar a favor de la convivencia intercultural».



### 2.1.2. Perspectiva global de la mediación comunitaria

Si abordamos la definición de «mediación» desde un punto de vista histórico, podemos remontarnos a las raíces de dicha práctica. De hecho, diversos autores (Brown, 1982 - Cohen, 1966 - Munné y Villanueva, 2004; en Antonin Martín, 2013: 19) sitúan en la antigua China el origen de la mediación como principal recurso en la resolución de desavenencias. Esa tradición cultural, impregnada de las enseñanzas de Confucio, hizo de la armonía natural la virtud que debía guiar las relaciones humanas.

Un proceso similar en su historia y fundamento, puede observarse en la ley y las costumbres populares japonesas. La sociedad japonesa prima el bien común y el servicio a los demás, siendo de vital importancia las cuestiones morales donde la honorabilidad esté en juego. Es por ello que contemplan la conciliación y la mediación como la vía principal para la resolución de conflictos y desavenencias personales.

En cuanto al punto de vista occidental, encontramos un claro ejemplo de mediación en el *Nuevo Testamento* (1 Corintio 6: 1-4), en el que la mediación y el arbitraje se contemplan como un modo aceptable de vida (Folberg y Taylor, 1992: 21 y ss.), al ser congruente con los valores bíblicos más representativos, como el perdón y la reconciliación, siendo Jesucristo la figura mediadora por excelencia. Por su parte, el continente africano, con su gran diversidad de grupos étnicos y religiosos, se ha caracterizado históricamente por el establecimiento de sus propios sistemas alternativos para la resolución de los conflictos (Carulla, 2001: 1). En muchas etnias existía (y aún hoy persiste) la costumbre de reunir a todos los miembros del poblado en asambleas o reuniones, con el único propósito de dar solución a los problemas o desavenencias interpersonales. La convocatoria de asamblea podía ser requerida por cualquier miembro de la sociedad.

Otro ejemplo actual es la etnia gitana, que dirime sus desavenencias a través de los ancianos de su comunidad. Cuando se produce un conflicto entre personas de diferentes linajes, los miembros del linaje ofendido tienen la obligación de defender al miembro o miembros de su propio linaje. Se generan, así, actitudes colectivas de compromiso activo con el objetivo de “defender” a su pariente o miembro del linaje. Lógicamente, la exigencia de defensa mutua se presenta en ambos linajes, lo que podría generar una

espiral de represalias por ambas partes. La intervención de los ancianos de otros linajes, que actúan como jueces, frena este proceso.

Estas “personas de respeto” son elegidas de común acuerdo por los ancianos de los linajes implicados. Son ancianos con prestigio, conocedores de la tradición, importantes socialmente, que, con su mediación, llegan a un acuerdo negociado entre ambas partes en conflicto (Blay, Lisbona, Salinas y Salvador, 1990; en Antonin Martin (2009: 47)).

En Occidente, la mediación ha seguido diferentes trayectorias. Doo (1973) argumenta que la creación de la *Chinese Benevolent Association* por los inmigrantes chinos llegados a Estados Unidos, a principios del siglo XX, propició la introducción de la mediación para resolver desavenencias entre los miembros de distintas comunidades, siendo las relaciones laborales el área donde extiende su práctica. Y es, precisamente, en Estados Unidos donde la mediación ha conocido un extraordinario desarrollo tanto teórico como práctico, profesionalizándose, no sólo en el ámbito de los conflictos laborales, sino también en campos como la escuela, la familia, y los conflictos de índole social, comunitarios y vecinales.

Como ya se ha destacado anteriormente, la mediación, como sistema de resolución de conflictos subyace en el trasfondo cultural de la sociedad norteamericana (Butts, 2007: 204; en H. Soleto Muñoz y M. Otero Parga (coord.)), introduciéndose formalmente en la década de los años setenta del siglo XX, como una nueva institución encaminada a la resolución alternativa de los conflictos (Suares, 1996). Asociaciones como la *American Arbitration Association* (AAA), la *Society of Professionals in Dispute Resolutions* (SPDIR) o la *American Bar Association* (ABA), establecieron criterios, ofrecieron capacitación, formaron comités de mediación y arbitraje con el objetivo de profundizar en el estudio y aplicación de la resolución alternativa de disputa. Los buenos resultados obtenidos contribuyeron a su amplio despliegue y rápido crecimiento facilitándose, así, su incorporación al sistema legal. Así, se establecieron, a nivel nacional y bajo la administración del *Justice Department*, programas alternativos para la resolución de disputas (Folberg y Taylor, *ibídem*).

Un ejemplo similar, lo encontramos en Canadá, donde aún sigue vigente el *Federal Mediation and Conciliation Service* (FMCS), creado en 1947 por el gobierno con la finalidad de intervenir en problemas de índole laboral. Este servicio fue ampliado en 1978 para extender su jurisdicción a los conflictos no laborales (Otero, 2007: 172-184). Su influencia y rápida expansión hacia el Reino Unido, propicia su llegada a Europa donde destacan asociaciones como la *ICC (Internacional Court of Arbitration)* o la *CPR (Institute for Dispute Resolution)* que establecen reglas, procedimientos y modelos adaptados al contexto europeo (Carulla, *ibídem*).

Si bien los orígenes históricos de la mediación se circunscriben básicamente a aquellas intervenciones derivadas de la necesidad de conciliar y resolver disputas y conflictos entre sociedades, etnias o individuos, no podemos olvidar el origen de la mediación bajo la perspectiva cultural.

El Siglo XVI fue un importante periodo de expansión para Europa que juega un papel fundamental de apertura al ponerse en contacto con culturas lejanas de América del Sur o Asia. Loureiro (1997: 302-322) describe cómo la Compañía de Jesús, considerada una de las órdenes religiosas más «modernas» de su época, dadas las características de su organización institucional, desempeñó «*verdaderas funciones de mediación cultural*» en el continente asiático. Fueron, principalmente, los misioneros jesuitas quienes introdujeron en Europa y, por extensión, en occidente, los primeros informes, fruto de sus observaciones y trabajos de campo más o menos informales. Estos misioneros, además de sus elaborados trabajos de «traducción», mostraron en sus informes sus reflexiones e interpretaciones con el objetivo de «comprender» y «reformular» en términos de su propia experiencia esa nueva cosmovisión. A su vez, se erigieron como agentes difusores de la cultura europea, dadas sus pretensiones de superioridad cultural.

En la actualidad, la mediación está ocupando nuevos espacios, y no se circunscribe específicamente a los ámbitos político, judicial o social. La evolución de la mediación en Europa y, particularmente en España, presenta una perspectiva ciertamente optimista dadas sus interesantes posibilidades de desarrollo. La necesidad de armonizar las relaciones, en una sociedad sumamente diversa, ha favorecido la tendencia a adoptar la mediación como signo de identidad (Ortuño, 2013: 3) haciéndose progresivamente más

visible en algunas áreas específicas como, por ejemplo, el ámbito de la salud (Sancho *et al.*, 2007: 466-470).

### 2.1.3. Ámbitos de uso

#### 2.1.3.1. El modelo sanitario catalán

El Servicio de Mediación Comunitaria de la Provincia de Barcelona (SMCPB de ahora en adelante) es un recurso innovador en el campo del trabajo comunitario que el Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona pone a disposición de los servicios sociales de los ayuntamientos de esta demarcación (Puntes *et al.*, 2005).

El SMCPB propone un modelo de mediación comunitaria que propicia: la prevención de conflictos más agudos y/o graves, la construcción de una ciudadanía plural, el reconocimiento del otro, el acercamiento entre las partes, la comunicación y la comprensión mutua, el aprendizaje y el desarrollo de la convivencia, la búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos, la participación comunitaria y, en este sentido, la profundización democrática, así como la adecuación de objetivos y de metodologías en la actuación de los profesionales de los municipios.

La actividad profesional de los equipos de mediación comunitaria con una formación adecuada se perfila del siguiente modo: el equipo de mediadores/as pone los conocimientos, las competencias, actitudes y habilidades profesionales a la disposición de los profesionales de la Administración pública municipal y de la comunidad en general, con el objetivo de facilitar la comunicación, la relación y la convivencia.

Los instrumentos preferentes, si bien no exclusivos, de la acción mediadora son la entrevista individual y grupal, reuniones de trabajo, talleres de participación, diseño de estrategias para llegar a acuerdos concretos, evaluaciones de procesos, técnicas participativas...

En el modelo catalán se habla de diferentes tipos de mediación, a saber: la que facilita el diálogo, la que desbloquea y la que transforma.

*La mediación comunitaria para facilitar la comunicación (facilitadora del diálogo)*

En los procesos de trabajo comunitario es necesario facilitar la comunicación para que las partes que interactúan (las cuales tienen a menudo códigos lingüísticos y culturales diferentes) puedan entenderse y expresarse y así disipar cualquier interpretación equívoca y los consecuentes prejuicios (Puntes *et al.*, *ibídem*):

- a) Funciones de intérprete lingüístico: se realizan ocasionalmente ante situaciones plurilingües para asegurar la traducción y también la comprensión de la información que transmiten los interlocutores, explicitando y traduciendo los códigos comunicativos utilizados en ambos contextos culturales. Esta acción justifica la incorporación de mediadores interculturales en el seno del SMCPB.
- b) Funciones de intérprete sociocultural con el objetivo de asegurar la contextualización y la comprensión de los rasgos socioculturales principales que inciden en la situación, tanto por lo que respecta a la cultura de referencia de las personas migrantes y a los cambios socioculturales que se producen en la sociedad catalana, como en lo referente a las expresiones culturales de esta y a sus valores heterogéneos según cada grupo social. En este contexto, el equipo de mediadores interculturales aclara preconcepciones, prejuicios y estereotipos que surgen.

Ejerciendo las funciones de intérprete lingüístico y sociocultural, por tanto, el equipo mediador intenta resolver malentendidos, incomprensiones, desconfianzas, imágenes negativas, interrogantes y dudas que puedan surgir en la relación entre ambas partes y que son inherentes a la interacción social. La consecuente modificación de ciertas actitudes en unos y en otros, aunque sea lenta en algunos casos, permite una comunicación más fluida y responde al objetivo prioritario de la mediación: la prevención de conflictos socioculturales mediante la facilitación del diálogo entre las partes.

Conviene destacar que la colaboración profesional de mediadores interculturales en la atención a la población migrante (ámbitos de servicios sociales, sanidad, justicia, educación...) es un recurso formativo práctico para los agentes sociales que, junto con una formación continua sobre inmigración y relaciones interculturales, contribuye de

manera clave a la competencia en el trabajo con personas de origen extranjero. Los mediadores facilitan que se pueda dar una comprensión recíproca sobre los diferentes modos de vivir y entender la realidad (Prats y Bermúdez, 2008).

*La mediación comunitaria en la gestión de conflictos (función de desbloqueo)*

Cuando en la relación entre personas surgen conflictos de valores, o cuando se trabajan temas sensibles que podrían generar un enfrentamiento, el equipo mediador facilita la negociación entre las partes, busca el interés común y crea un espacio de encuentro para poder así dar respuesta a las necesidades y objetivos de las partes.

En este contexto, el equipo mediador comunitario aporta a la población el asesoramiento necesario para que se pueda comprender mejor el papel que juega la identidad sociocultural de la persona o personas que intervienen en la situación de conflicto.

En definitiva, el aporte del equipo de mediación intercultural a la resolución de conflictos socioculturales radica en su capacidad para dinamizar la negociación entre las partes, asegurar el respeto mutuo y crear un clima de confianza, y muestra estrategias de acercamiento a los códigos de referencia del uno y del otro que permitan a la persona o al grupo hallar por sí mismo las mejores soluciones posibles. El principio que rige esta relación es el de la colaboración, la complementariedad y el compromiso entre las partes, manteniendo la imparcialidad necesaria para una mediación eficaz.

*La mediación comunitaria en la creación de nuevas estrategias de intervención (función de transformación)*

Por último y frente a la demanda de componer mejor las relaciones que se establecen entre distintas personas, el equipo mediador comunitario puede aportar los elementos necesarios para facilitar una transformación en las formas habituales de hacer. Con esta acción mediadora, puede abrir vías para que las personas interesadas encuentren nuevas estrategias y soluciones innovadoras que respondan a problemáticas diferentes, potenciando una dinámica activa y creativa que acerque los recursos de ambas partes.

En este sentido, el equipo mediador, conocedor de la red de asociaciones y grupos existentes en la comunidad gracias a la información recibida por parte de los equipos de

servicios personales y sociales de cada municipio donde se trabaja, puede fomentar también las relaciones entre los unos y los otros, y canalizar las alternativas generadas por estos colectivos como respuesta a sus necesidades. Esta dimensión del trabajo tiene como objetivo facilitar la participación comunitaria en un trabajo conjunto con los servicios públicos y privados de su territorio y, de ese modo, conseguir una atención adecuada, integral y creativa a las necesidades de la población.

A modo de resumen, podríamos determinar que las funciones del equipo de técnicos en mediación comunitaria son:

- a) Brindar apoyo a los profesionales y técnicos municipales en la resolución o prevención de conflictos en el marco de una estrategia conjunta de actuación.
- b) Facilitar la comunicación y el diálogo en cuanto a colectivos de diferentes identidades socioculturales que residen en una misma comunidad o municipio.
- c) Asesorar a la población migrante en su relación con la sociedad autóctona y viceversa.
- d) Aportar instrumentos para que las partes en conflicto o en riesgo de este puedan resolverlos.
- e) Promover el acceso a los servicios y a una atención en igualdad de condiciones a toda la población residente en los municipios de la provincia.
- f) Fomentar la autonomía de las personas en su interrelación.

#### *2.1.3.2. La mediación intercultural en la Comunidad de Madrid*

La definición de mediación social intercultural que ofrece el SEMSI (Servicio de Mediación Social Intercultural, extinto en 2003) parte de la definición elaborada por Carlos Giménez (1997), según la cual estaríamos ante una modalidad de intervención de terceras partes en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados con el objetivo de:

- Conseguir el reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes
- La comunicación y la comprensión mutua
- La regulación de los conflictos
- La adecuación institucional.

El gran objetivo del SEMSI es favorecer la convivencia intercultural, trabajar en la construcción de una sociedad donde la diversidad cultural no implique necesariamente una conflictividad insuperable, sino nuevas formas de relación social construidas a partir de la gestión y reformulación del conflicto y la riqueza que conllevan los contextos pluriculturales. Trabajar a favor de esta convivencia supone, pues, trabajar a favor de la cohesión social y de una integración de todos los individuos y grupos en un plano de igualdad.

Según Montero *et al.* (2015), el origen de las bases que rigen la labor desarrollada en el SEMSI radica en el hecho de aplicar a contextos multiculturales los principios y bases de otros modelos de mediación. En esta obra, los autores dividen la información en función de los distintos aspectos a los que se refieren:

- a) El trabajo del mediador tiene como punto de inicio el conocimiento de la realidad, es decir, del contexto social, económico, político y cultural donde va a desarrollar su labor, de la identificación de problemas y del conocimiento de los posibles interlocutores que van a constituir el acto comunicativo. El mediador debería tener la habilidad de anteponerse a los acontecimientos para poder prevenir el posible conflicto.
- b) El mediador debe tener la capacidad de saber escuchar a los interlocutores. ¿Con qué fin? Con el de no limitarse a actuar solamente de manera concreta e ir más allá, hacia el ámbito comunitario. Los autores proponen el término «*empowerment*» o nivelación de las partes, lo cual beneficia a la población minoritaria para que esta pueda expresar su visión de la realidad.
- c) Si los sub-apartados a) y b) son relevantes, no se queda atrás la búsqueda la comunicación y el entendimiento entre los interlocutores. Así, el mediador se basa en el principio de mejorar y potenciar el conocimiento mutuo entre individuos de diversa procedencia, con el factor de la multiculturalidad siempre presente.
- d) Otro de los principios que debe cumplir en todo momento el mediador es el de la neutralidad con respecto a los interlocutores, lo cual le obligará a mantener una distancia con estos para así evitar posicionarse desde el punto de vista ideológico. Los autores destacan que dicha neutralidad no se limita a los casos



de mediación, sino que se extiende también al desarrollo de su rol de mediador: «el mediador no es un gestor de recursos, sino una figura neutral que puede actuar de puente hacia el acceso a recursos o la resolución de conflictos».

- e) Para finalizar, el último de los principios es el de evitar la ocultación del conflicto. Si recordamos los anteriores principios (conocimiento de la realidad, conocimiento mutuo entre los interlocutores y neutralidad, respectivamente) vemos que para conseguir la auténtica convivencia entre las distintas culturas, el mediador debe ser capaz de hacer frente a cualquier conflicto mediante el reconocimiento de este y mediante los recursos necesarios para resolverlo.

## 2.2. La mediación intercultural en salud

### 2.2.1. Intérpretes lingüísticos, mediadores interculturales y agentes de salud comunitarios

La llegada de inmigrantes procedentes de países con considerables diferencias lingüísticas y culturales presenta uno de los grandes retos que debe de afrontar nuestra sociedad. Puesto que la comunicación constituye el primer gran obstáculo que debe superarse para garantizar una adecuada interrelación entre las personas, es lógico que, en una primera instancia, las personas recién llegadas y con poco dominio de la «lengua de acogida» recurran a personas de su entorno, conocidos o familiares, que, a priori, parecen dominar el idioma. Esta estrategia responde a la necesidad de superar situaciones puntuales y cotidianas, que suelen resolverse gracias a estas personas que sirven de enlace y que, en definitiva, realizan una intermediación ad hoc en el plano estrictamente lingüístico.

Por otra parte, algunas ONG o asociaciones ofrecen servicios de voluntariado relacionados con la interpretación lingüística. Esta actuación «de puente» se realiza en todas aquellas situaciones en que se necesita una comunicación entre el inmigrante y una persona autóctona, institución pública o servicios sociales como por ejemplo educación, justicia o salud. De ahí que se refiera a estas personas como *intermediarios lingüísticos*, al surgir, como se ha descrito anteriormente, de la necesidad de realizar una

traducción en aquellas situaciones puntuales generadas de forma espontánea o en contextos familiares o profesionales. Valero-Garcés (2004: 22) analiza su perfil:

«Son personas de edad entre 25 y 40 años que provienen de lugares diferentes, que han llegado en momentos diferentes y con grandes diferencias también en cuanto al tiempo de estancia en España que van desde varios meses hasta varios años. Aproximadamente el 50% relata conocer algo de español antes de venir a España. Prácticamente todos ellos han servido de enlace con amigos o parientes de forma voluntaria. [...] En cuanto a su formación, poseen un nivel de formación desigual: desde personas que poseen una o varias titulaciones universitarias, hasta personas que no saben leer ni escribir en su lengua nativa. Y en cuanto al español, poseen un conocimiento general aceptable de la lengua aunque sin ninguna especialización» (Valero-Garcés, 2004: 22).

En su análisis, la autora presenta las limitaciones del intermediario interlingüístico, así como las dificultades que se presentan en el momento de realizar su trabajo, entre las cuales destaca, la incompreensión, en muchos casos generada por el desconocimiento propio de la lengua a traducir, por la falta de claridad en la expresión de sus interlocutores, o por la escasa competencia, tanto en sus habilidades técnicas como personales. Por tanto, son personas que, aunque pueden ser consideradas bilingües y por tanto capaces de realizar tareas de traducción, difícilmente presentan capacidades para actuar como intérpretes. Ahora bien, ¿pueden estas personas ser considerados traductores y/o intérpretes? La respuesta es unívoca. Ser bilingüe no es sinónimo de traductor/intérprete. De la misma manera, podemos afirmar que el hecho de establecer puentes de comunicación entre personas lingüística y culturalmente diversas no les capacita para ser considerados mediadores interculturales.

La crítica que traductores e intérpretes hacen al hecho de considerar el bilingüismo como único requisito para la interpretación es extensiva también al campo de la mediación intercultural, ya que se considera que el mediador, en general, no ha recibido la formación necesaria para poder realizar tareas de traducción/interpretación. Existe una clara diferencia entre ser bilingüe y ser capaz de interpretar con profesionalidad y precisión (Roberts, 1997: 7-26; Valero-Garcés y Lázaro, 2005: 7-16) como ha quedado demostrado en estudios realizados en los Servicios de Mediación Intercultural en

Bélgica (Verrept, 2004: 31-39) donde se evidencia que las mediadoras, por el hecho de ser bilingües no estaban automáticamente capacitadas para la interpretación profesional. Análogamente, los mediadores interculturales cualificados son muy críticos con la actuación de los intérpretes en ciertos contextos ya que consideran que no están capacitados para «interpretar/mediar» en términos culturales.

Mayoral (2003: 127-132), ha acuñado el concepto de *interpretación social* para identificar la actividad de los intérpretes en los servicios públicos, término que, por otra parte, se introduce controvertidamente en la esfera del trabajador social (cabe destacar que en España ya se ha llegado al consenso en denominarlo Interpretación en los Servicios Públicos o ISP). Abril (2006: 82), por su parte, define la interpretación en los servicios públicos como *una forma de «mediación social, cultural y lingüística» que presenta rasgos sociocomunicativos, contextuales, pragmáticos y funcionales distintivos y diferenciadores de otros géneros de interpretación*. Al igual que los mediadores interculturales, los traductores e intérpretes comunitarios reivindican también la necesidad de ser contemplados desde una perspectiva profesional y demandan la necesidad de contratar intérpretes con la formación y calidad profesional adecuada, sujetos a un código deontológico, universal y reconocido y, por supuesto, a unas condiciones laborales dignas y justamente remuneradas (Miguelez, 2003: 35-50). Como puede apreciarse, nos encontramos aquí en el mismo plano de reivindicación conceptual y profesional que el descrito respecto a los mediadores interculturales.

La situación es, si cabe, más compleja en el campo de la salud. Incluso en países como Francia, Alemania o Inglaterra, con gran experiencia en la acogida de inmigrantes, no se ha valorado, hasta hace pocos años, la necesidad de contar con profesionales de la traducción e interpretación.

En España, la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes/usuarios no ha sido tomada en demasiada consideración hasta esta última década cuando los hospitales y centros de salud se han convertido en «pequeñas torres de Babel». No obstante se sigue recurriendo a la utilización de personas voluntarias o a los propios familiares para traducir aunque sólo aquellas partes de la conversación que el profesional considera que deben ser comprendidas. En este sentido Cambridge (2003: 55-56) analiza porqué se siguen utilizando personas sin formación como intérpretes en

situaciones médicas. Las razones van desde un planteamiento economicista hasta la creencia, bastante común por parte del profesional, de dominar por completo la situación. Se olvida, frecuentemente, que la interpretación en el campo de la salud es tan compleja lingüística y éticamente como lo puede ser en otros ámbitos como, por ejemplo, el jurídico.

Últimamente, la administración pública, centros sanitarios y los propios hospitales vienen reconociendo la necesidad de gestionar aquellas situaciones de «incomunicación» en el ámbito sanitario. Tal y como hemos visto en el presente trabajo, una de las experiencias pioneras en Cataluña, adoptadas posteriormente por otras comunidades, fue la puesta en marcha en junio de 2001 de un servicio de traducción telefónica, a disposición de los profesionales de los centros sanitarios, denominado *Sanitat Respon* (Sanidad Responde). Este servicio, promovido por el *Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat*, se creó con el objetivo de facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud y dar respuesta a cualquier demanda de información sobre salud, enfermedades o el sistema sanitario, además de resolver dudas y consultas médicas que no requerían la presencia de un profesional. En su origen las lenguas que este servicio ofrecía fueron, inglés, alemán, fula, hebreo, griego, pakistaní, turco, urdu y japonés. En la actualidad, además de haber ampliado sus servicios, ofrece traducción telefónica en más de 60. Aún así, no existe, hoy por hoy, en España un servicio organizado en hospitales con intérpretes formados específicamente en salud.

Volviendo a la cuestión terminológica y como sucede con los intérpretes, tal como se ha descrito anteriormente, las diversas denominaciones con las que se conceptualiza al mediador intercultural, propiamente dicho, no han ayudado a clarificar el rol que este desempeña. Por el contrario, se ha creado un importante grado de confusión al respecto. La situación, desde la perspectiva de la traducción e interpretación, no es más alentadora. Lógicamente, esta indefinición y falta de delimitación de los campos de acción han abierto un debate entre los límites difusos del papel del intérprete y el mediador.

Tras sus investigaciones en Francia y Suiza, Cohen-Emerique (2006: 92) evidencia que los «*partenaires*» institucionales, especialmente en el ámbito hospitalario tienden a limitar a los mediadores exclusivamente a su rol de intérprete, aunque puntualiza que

muchos de ellos siguen definiéndose exclusivamente en virtud de esta función. La autora cita textualmente a Sonia Fayman para referirse a esta cuestión. Fayman (2000: 92) refiere:

«El mediador es más que un traductor y cuando se le limita a esta función, o se limita el mismo, supone, sin duda, una señal de falta de madurez en su concepción. Se olvida que este profesional establece vínculos, espacios de transición, que tiende puentes y aproxima los puntos de vista entre los actores sociales y los emigrantes. Pero paralelamente el mediador es menos que un traductor, pues no está formado en esta disciplina que exige un perfecto conocimiento de las dos lenguas y de los valores las sustentan. De ahí la necesidad, desde las primeras demandas, de aclarar la diferencia entre el rol de mediadora y el de traductora – intérprete».

Por último, cabe mencionar un tercer perfil cuyo rol incide directamente en este espacio de límites difusos anteriormente mencionado. Se trata del Agente de Salud o Agente Comunitario de Salud. A este respecto existen diversas definiciones, como por ejemplo la de Aubarell (2001) y Alonso (2002: 49-52), aunque todas ellas hacen referencia a la definición propuesta por el Equipo de Salud Comunitaria UMTI-ICS/ACSAR-Creu Roja, de Drassanes, recogida a continuación:

«El agente comunitario de salud es un/una profesional, miembro de la comunidad con la que se integra dentro del equipo de salud y que tiene como objetivo convertirse en puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el fin de que mejore la circulación de información, iniciativas y recursos entre ambas partes, así como para promover y dinamizar acciones de promoción de la salud realizadas desde cada una de ellas o de forma conjunta».

Según Ros y Ollé (2003: 85-96), el trabajo de los agentes de salud se lleva a cabo en tres grandes ámbitos de actuación; el sociocultural, el sanitario y el comunitario. En principio estos ámbitos están claramente delimitados, aunque en realidad presentan, como se ha mencionado anteriormente, límites difusos, que se ponen de manifiesto al analizar los objetivos de actuación de cada uno de ellos. En el ámbito socio-cultural la actuación tiene por objetivo mitigar las dificultades provocadas por las diferencias

culturales entre la población inmigrada y el personal sanitario realizándose actividades de traducción e interpretación, mediación cultural, formación de personal sanitario en competencia cultural, detección de dificultades para acceder y utilizar los servicios sanitarios y acciones diversas de información sobre aspectos de carácter social, laboral o legal-administrativo, entre otros.

Desde el ámbito sanitario se actúa con el objetivo de aumentar el nivel de información sanitaria, desarrollando habilidades individuales y/o grupales, encaminadas a reducir la vulnerabilidad de los individuos o de la comunidad frente a diversos problemas de salud. Para ello, las actividades se orientan en colaborar en la explicación de resultados, tratamientos o prescripciones, a la vez que aproximan a la comunidad inmigrante a los recursos de apoyo de los servicios locales. Por último, desde el ámbito comunitario se trabaja en diversos programas de salud comunitaria, desarrollados en cinco áreas concretas: análisis de necesidades objetivas y percibidas por la población; soporte de equipos asistenciales; proyectos de información sanitaria y desarrollo de habilidades; movilización comunitaria y, por último, creación de redes entre profesionales inmigrantes y sociedad civil. Como puede comprobarse, el perfil propuesto para estos agentes de salud es tan amplio que se solapa con el de mediador intercultural en salud.

### *2.2.2. La figura del agente de salud de base comunitaria*

#### *2.2.2.1. Definición*

El agente de salud de base comunitaria (ASBC de ahora en adelante) es un profesional, miembro de la comunidad con la que trabaja e integrado en el seno de un equipo de personal sanitario. Tiene como objetivo ejercer de puente entre los servicios de atención e información sanitaria y esta comunidad, con el objetivo de mejorar la circulación de la información, las iniciativas y los recursos entre ambas partes. Asimismo, se encarga de dinamizar acciones de promoción de la salud realizadas desde cada una de ellas, o de forma conjunta. Busca además influir tanto en el individuo como en la comunidad.

#### 2.2.2.2. Origen

Si bien la figura del agente sanitario (médicos, enfermeros, etc.) ha existido desde tiempos inmemoriales, no ha sucedido lo mismo con la del agente comunitario. El trabajo de los ASBC se remonta hacia los primeros años del siglo XX, concretamente en áreas de América Latina. Nació entonces la idea de formar a agentes como desarrollo de las comunidades o de promoción rural, con el objetivo de introducir nuevas tecnologías y mejorar así la calidad de vida. Así, la figura del agente comunitario surgió en el medio agropecuario.

Estos intentos de transferir tecnología científica a la comunidad para lograr un sistema de atención primaria los encontramos en el municipio de Puno (Perú) en la década de los años 20 con el Dr. Manuel Núñez Butrón, quien a través de los *Rijcharis* («despertadores») campesinos capacitados en acciones preventivas a través de la higiene personal, buscaba mejores condiciones de salud. Estos «despertadores» de la conciencia sanitaria llevaban el mensaje de la limpieza personal y del hogar como elementos básicos de una nueva salud y la lucha de la enfermedad (Vélez *et al.*, 2014).

Posteriormente nació la figura del promotor de salud (primer testimonio de lo que hoy en día conocemos como agente de salud de base comunitaria y que supone el objeto de estudio del presente trabajo), una figura que se consolidó a partir de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* de Alma-Atá (Kazajistán), organizada por la OMS/OPS y UNICEF. El promotor es una persona voluntaria, elegida por su comunidad, que es capacitada por una institución de salud para brindar servicios de salud y orientar a las personas de su comunidad, en coordinación permanente con el Sistema Nacional de Salud. Siguiendo con Vélez *et al.* (ibídem), cabe destacar que en medida en que forma parte del mismo colectivo sociocultural, la comunicación del promotor o agente con la población es ideal y se materializa no únicamente en el primer estadio de la red de los servicios sanitarios, sino también como base fundamental de la participación comunitaria.

### 2.2.2.3. Perfil

Se espera que todo ASBC posea los siguientes conocimientos para poder (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, 2007: 9-10):

- Identificar los problemas de salud de la comunidad.
- Identificar y referir a las personas de la comunidad que requieren atención en el establecimiento de salud.
- Conocer y difundir mensajes claves para la prevención de las enfermedades.
- Tener conocimientos claros y prácticos de comunicación educativa interpersonal y grupal.
- Tener ideas claras y estar provisto de mensajes que va a transmitir.
- Conocer y difundir información básica en salud.
- Conocer y difundir las medidas ante emergencias obstétricas, neumonías, accidentes de tráfico, etc.
- Conocer el plan de salud de su comunidad.

Por otro lado, desde el punto de vista teórico, todo ASBC debe poseer las siguientes habilidades:

- Realizar seguimiento y monitoreo comunitario de las familias en riesgo.
- Registrar las actividades realizadas.
- Aplicar y difundir las normas de higiene básica a personas, familias y comunidades.
- Manejar instrumentos de registro de familias en riesgo.
- Coordinar y utilizar los recursos existentes en la comunidad.
- Plantear alternativas de solución a los problemas derivados de una mala práctica en salud.
- Ordenar y priorizar los problemas.
- Reconocer signos de alarma.
- Referir pacientes al establecimiento de salud.
- Realizar una vigilancia comunitaria.
- Manejar instrumentos de recolección de datos básicos de la salud de su comunidad.



Por último, en el siguiente listado se recogen las actitudes que debe mostrar un ASBC durante su trabajo, a saber:

- Ser positivo, entusiasta y comprometido en sus actividades.
- Transmitir amabilidad.
- Tener madurez emocional.
- Actuar con iniciativa.
- Saber escuchar.
- Tener entusiasmo para el trabajo.
- Reforzar y transmitir su autoestima.
- Comprometerse con los problemas de salud de su comunidad.
- Comprometerse con el establecimiento de salud.
- Estar dispuesto siempre a ayudar a quien lo necesite.
- Inspirar confianza.
- Tener buen trato.
- Utilizar palabras sencillas y claras.
- Mantener una actitud vigilante acerca de los procesos de salud-enfermedad.

Como bien podemos deducir a partir de estas características, la figura del agente comunitario de salud es ante todo una figura de carácter social. Todo aquel que opte por adentrarse en el amplio mundo de la mediación comunitaria en salud debe tener presente que desempeña un rol de intermediario, de puente entre las instituciones sanitarias y su propia comunidad, la cual se ve rodeada de dificultades para acceder a dichas instituciones. Por consiguiente, el componente social es fundamental para la formación de ASBC.

#### 2.2.2.4. *Objetivos*

Según el sitio web Barcelona Activa, una web para encontrar trabajo desarrollada por el Ayuntamiento de Barcelona (<http://www.barcelonactiva.cat/barcelonactiva/es/>), las funciones del agente de salud de base comunitaria se desarrollan en tres grandes ejes, a saber: sociocultural, sanitario y comunitario.

- a) Eje sociocultural: hace referencia a todas aquellas tareas cuyo objetivo es reducir las barreras derivadas de la diferencia cultural entre los interlocutores. Así, y tal y como veremos en el apartado 4, la función del ASBC es en este sentido colaborar para que una comunidad determinada tenga acceso a los programas de salud. Para ello, se compromete a traducir, interpretar y mediar tanto en un contexto individual como en uno colectivo; puede colaborar en la formación del personal sanitario en lo concerniente a la inmigración, así como proponer soluciones conjuntas con el equipo y acciones informativas sobre temas de ente social, laboral y legal-administrativo, así como sobre recursos de asistencia.
  
- b) Eje sanitario: se trata de acciones tanto a nivel de grupo como de individuales, cuyo objetivo es aumentar el nivel de información sanitaria y desarrollar habilidades que reduzcan la vulnerabilidad del individuo y la comunidad ante los problemas de salud. Contribuye a explicar los resultados, el tratamiento o las prescripciones realizados por el equipo médico para intentar mejorar la salud del paciente. Además, explica el proceso diagnóstico y administrativo de los servicios de salud con el fin de reducir el posible efecto negativo que las prácticas médicas pueden provocar en el paciente por falta de experiencia previa. No podemos olvidar la tarea de promoción y de desarrollo de acciones de información sanitaria y de habilidades con grupos o individuos, utilizando tanto los espacios del sistema de salud como los propios de la comunidad; así como el trabajo de difusión a nivel comunitario de los recursos socio-sanitarios disponibles junto con sus modos de funcionamiento (obtención de la tarjeta sanitaria, etc.) y la detección de particularidades de cada comunidad para con los distintos aspectos de salud para fomentar intervenciones específicas, promover nuevas acciones y facilitar el acceso de las comunidades a recursos y a medidas de prevención.
  
- c) Eje comunitario: se trata de tareas destinadas a fomentar el tejido social de las comunidades para reducir así los determinantes que contribuyen y aumentan la vulnerabilidad de los individuos que conforman dicha comunidad. En este sentido, las tareas que deberían desarrollarse son las de aumentar los canales de información facilitar la comunicación entre los

servicios y las personas (presentar programas, hacer difusión, crear espacios de encuentro, etc.). Asimismo, el ASBC debe tener la capacidad de proporcionar soporte y fomentar iniciativas comunitarias para reforzar el tejido social comunitario, y crear así redes de acogida más estables y con mejores conexiones con los servicios de salud; sin olvidar las otras redes que ofrecen soporte a la población (servicios sociales, educativos...) para mejorar la detección y derivación de posibles problemas de salud. Por último, debe detectar, movilizar y coordinar recursos de los servicios públicos y de las comunidades para dar respuesta a las necesidades de su comunidad.

La figura del agente de salud de base comunitaria, tal y como hemos visto en este apartado del trabajo, surgió en zonas rurales de América del Sur en las que la población no contaba con la presencia de personal sanitario. Así pues y como bien podemos imaginar, nos encontramos ante un rol que nació a causa de la necesidad de una población desfavorecida en términos de acceso a los programas de salud; y es en este punto donde confluyen todos los programas de formación de agentes de salud por muy distantes que estén desde el punto de vista geográfico y diacrónico. Si bien los contextos de la mediación comunitaria en Perú a principios del siglo XX y en España en pleno siglo XXI son totalmente distintos, no deja de tratarse de desigualdades que afectan a una colectividad concreta a la hora de acceder al sistema de salud correspondiente y que están estrechamente vinculadas a barreras geográficas, sociales, económicas y culturales.

Desde nuestro punto de vista, la transmisión de información relacionada con la salud, y sobre todo con la salud pública, es sin duda alguna fundamental para el avance de toda población. Así pues, valoramos muy positivamente la formación de agentes de salud en tanto que portadores de información relevante para los miembros de una colectividad que, por cuestiones ya indicadas anteriormente, no pueden acceder a los programas de salud pública que ofrece el sistema correspondiente.

No obstante, el papel del ASBC también conlleva, a nuestro parecer, ciertas desventajas que pueden derivar en serios problemas para la comunidad. Por ejemplo, el agente de salud, cuando ejerce como tal, no debe cometer el error de pensar que puede sustituir al personal sanitario y adoptar sus funciones. Creemos que todo ASBC debe ceñirse a transmitir los contenidos que a su vez le han transmitido a él durante su formación y

nunca atreverse a realizar un diagnóstico, una inoculación o curas que precisen de habilidad y de conocimientos de enfermería y para las cuales no se encuentra capacitado. Como bien podemos imaginar, las consecuencias de un acto así serían nefastas. Por consiguiente, recomendamos en todo momento separar claramente los límites entre el profesional sanitario y todo ASBC.

Asimismo, consideramos que las autoridades competentes deben seguir trabajando para que toda la población tenga el mismo acceso a la sanidad pública. Si bien la coyuntura económica y social actual en nuestro país, así como los recortes presupuestarios, no invitan a contemplar un futuro esperanzador en términos de salud, no debemos olvidar que contamos con uno de los mejores sistemas nacionales de salud a nivel mundial. Consideramos que las instituciones correspondientes deben seguir aunando esfuerzos para lograr que toda la población de este país tenga un acceso igualitario a los programas de salud pública, sin que factores como el origen, el nivel socioeconómico, el color, el sexo o la edad sean motivos de discriminación. Solo cuando se logre un acceso igualitario podremos considerar que la figura del agente de salud comunitaria es prescindible.

En el siguiente bloque del presente trabajo presentaremos tanto la investigación llevada a cabo como los resultados obtenidos.

### 3. PROYECTO RIU

#### 3.1. Marco conceptual

Existen barrios con problemas de vivienda, deterioro urbanístico y déficit en infraestructuras y servicios que reflejan desigualdades extremas en salud generadas por determinantes estructurales (Solar, 2010). Hay estudios que muestran barreras en el acceso y uso de servicios de salud según la clase social, el género, la etnia o la cultura (Rodríguez *et al.*, 2005; La Parra, 2006) que afectan a población general y a la población gitana e inmigrante en las que, en ocasiones, se acumulan factores que conducen a la exclusión social.

En este marco teórico, uno de los conceptos que cobra mayor relevancia y que supone una de las bases del *Proyecto RIU*, el cual vamos a analizar, es el de «salud pública». Según la Ley Salud Pública de la Comunidad Valenciana 4/2005, el concepto «salud pública» se define como «el esfuerzo organizado de la sociedad para promover y proteger la salud y prevenir la enfermedad a través de acciones colectivas» (Paredes-Carbonell, 2013). Este proyecto ha sido impulsado por el Ayuntamiento de Alzira, el Área de Desigualdades en Salud de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) y el Centro de Salud Pública de Alzira, con la colaboración del Departamento de Salud de La Ribera.

#### 3.2. Origen del proyecto y objetivo. Los primeros años

En este contexto descrito anteriormente se desarrolla el *Proyecto RIU* (Replica, Innova, Une), un proyecto de promoción de la salud en el ámbito comunitario. Desde sus inicios se impulsa desde el Centro de Salud Pública de Alzira (Valencia) con la colaboración de atención primaria y de los servicios sociales de esta localidad.

En el año 2006, Joan J. Paredes-Carbonell, del Centro de Salud Pública de Valencia, y Rosanna Peiró, de la Dirección General para la Salud Pública y del Centro Superior de Investigación en Salud Pública, conciben la idea de promover la educación entre iguales y formar a agentes comunitarios de salud en distintos barrios de la geografía valenciana. En colaboración con el Centro de Salud Pública de Alzira (Valencia), llevan a cabo la formación de ASBC en el seno de un colectivo origen rumano y etnia gitana, un

proyecto que finaliza en 2007 y que sienta las bases de lo que hoy conocemos como el Proyecto RIU. Posteriormente se une al equipo directivo Dory Aviñó, investigadora del Área de Desigualdades en FISABIO.

Cabe destacar el Premio de Calidad e Igualdad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, recibido en 2011; así como la concesión del diploma de reconocimiento de Buena Práctica en la Estrategia en Atención al Parto y la Salud Reproductiva, concedido en marzo de 2015. Estos títulos reconocen la labor incansable de los responsables del proyecto y suponen en gran medida una fuente de inspiración para seguir trabajando y proponiendo nuevas mejoras.

### *3.3. Zonas en las que se implementa*

Desde sus inicios, el proyecto se ha implementado en el barrio de El Raval de Algemesí (Valencia), con una población empadronada en el barrio de unos 1.500 habitantes, de los cuales una elevada proporción es de etnia gitana y el 22,6 % es de origen inmigrante (sobre todo procedente de Marruecos y Rumanía). El barrio está apartado del resto del municipio, delimitado por barreras geográficas (el río Magro) y artificiales (un polígono industrial y la vía del ferrocarril). En este barrio podemos encontrar infravivienda, condiciones socioeconómicas desfavorables, espacio público escaso y con una elevada degradación. Dispone asimismo de una escuela infantil, de un centro de educación primaria, de servicios sociales y de un centro de actividades gestionado por una ONG.

Asimismo, también se implementa el proyecto en el barrio de la *Alquerieta* en Alzira (Valencia), situado al norte de la ciudad. Al igual que El Raval de Algemesí, este barrio de Alzira tiene una población aproximada de 2.000 habitantes, de los cuales el 55 % pertenece a la etnia gitana, el 5 % son extranjeros, mayoritariamente de origen rumano; y el 40 % restante es de etnia paya, autóctona del barrio (Asociación de Vecinos de la Alquerieta, 2012). En cuanto a los datos de empleo, dentro de la población activa del barrio hay una tasa de desempleo cercana al 60 %. El 50 % del barrio es gente jubilada y pensionista y el 50 % restante son jóvenes y adultos que no han llegado a la edad de jubilación.

Se han elegido estos barrios por ser unos entornos altamente vulnerables, con fragilidad urbana, elevada proporción de población inmigrante y etnia gitana, escasos recursos culturales y de ocio, etc. Se toma como base la estrategia basada en entornos y orientada a la comunidad para reducir desigualdades (Dahlgren, 2006), así como un modelo de formación-acción que ha sido experimentado en otros entornos o poblaciones vulnerables (medio penitenciario, inmigración, comunidad gitana, jóvenes, etc.), basado en la estrategia de la educación entre iguales y la inclusión de las perspectivas e género e interculturalidad para reducir las desigualdades sociales que se traducen en desigualdades en salud (injustas y evitables).

Municipio	Censo*	Área	Censo de esta área*	Años	Estado actual
Algemesí	28.808	El Raval	1.578	2008-...	Activo
Alzira	44.518	L'Alquerieta	4.500	2011-...	Activo
Sueca	28.311	Municipal	28.311	2012-2013	Inactivo

**Tabla 1: Áreas de implantación del Proyecto RIU (López Nicolás, 2015)**

\* Según la información del INE (2014).

### 3.4. *Objetivos del proyecto*

El proyecto siempre se ha propuesto como objetivo promover los autocuidados en salud y facilitar y mejorar el acceso y la utilización de los servicios y programas de salud en entornos (barrios) en situación de vulnerabilidad social (condiciones socioeconómicas desfavorables, pluralidad étnica y distanciamiento entre culturas, entre el barrio y el resto del municipio, condicionantes de género...).

En cuanto a los objetivos específicos del RIU, el proyecto pretende constituir y capacitar a un grupo de individuos de distintas culturas como agentes de salud de base comunitaria para que implementen acciones individuales y grupales de mediación en salud, preferentemente en los barrios ya comentados, aunque también en el resto del municipio. La figura de agente de salud de base comunitaria es la de una persona perteneciente a la comunidad que, tras un proceso de capacitación, realiza actividades comunitarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades entre sus iguales.

Algunos de los ejes centrales de las ediciones llevadas a cabo hasta la fecha han sido la violencia de género, la salud sexual y reproductiva, la salud materno-infantil, la salud mental, entre otros.

En la siguiente tabla ofrecemos los principios básicos que han marcado desde el inicio el desarrollo de cada una de las ediciones del proyecto RIU llevadas a cabo hasta la fecha:

Participación ciudadana	Educación entre iguales	Empoderamiento comunitario
Salud positiva	Activos para la salud	Investigación-acción participativa
Trabajo intersectorial	Determinantes sociales	Enfoque de equidad

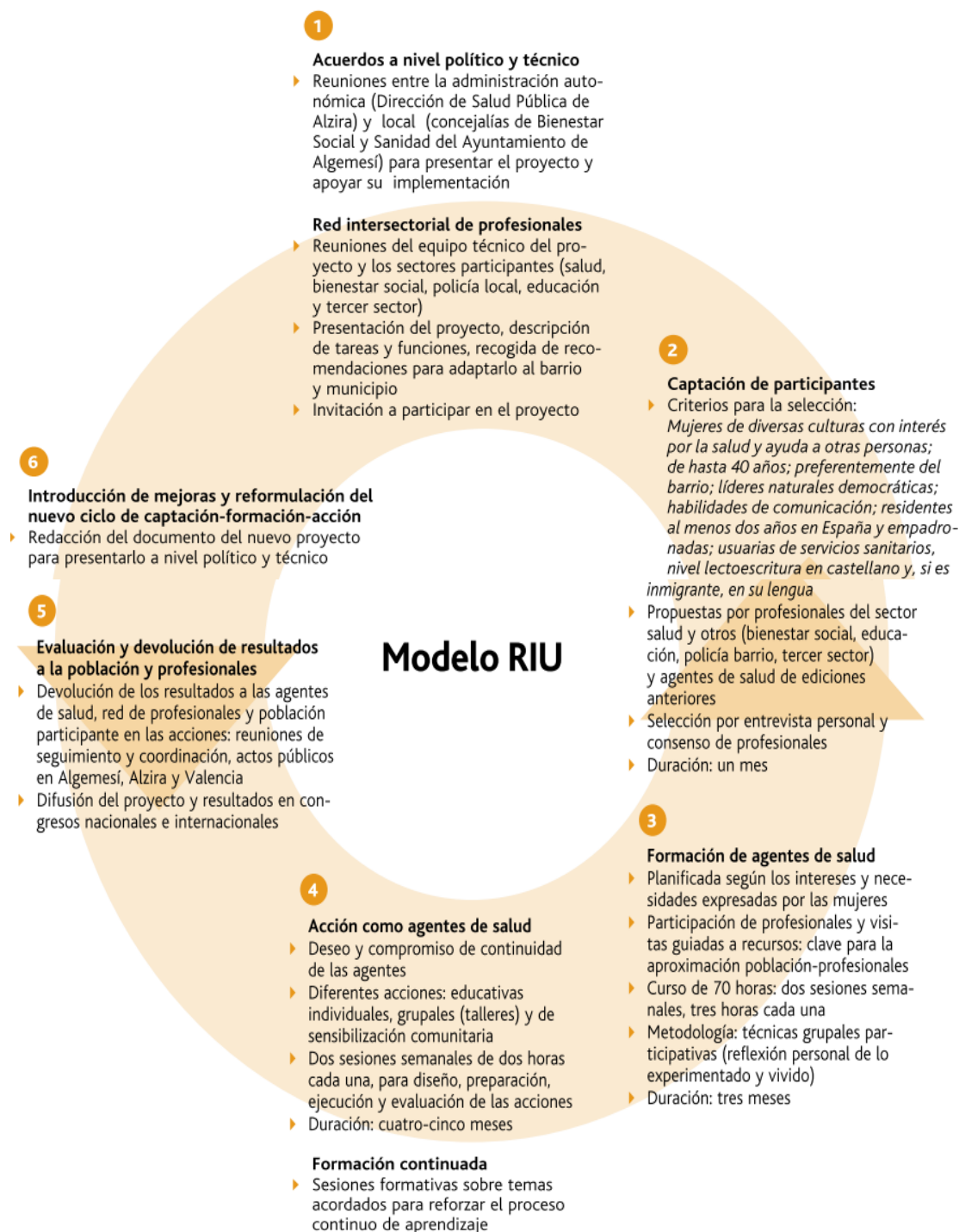
**Tabla 2: Fundamentos de RIU (López Nicolás, 2015)**

### 3.5. Metodología del proyecto

El proyecto RIU se basa en la construcción de una red intersectorial de profesionales y en la realización de ciclos continuados de formación-acción (Paredes-Carbonell *et al.*, 2011) que consisten en: 1) selección de personas; 2) formación de agentes de salud con metodología participativa en colaboración con profesionales y visitas a servicios sanitarios; y 3) ejecución (por parte de los agentes de salud) de acciones individuales, grupales y comunitarias dirigidas al barrio y al municipio.

En el siguiente diagrama (Paredes-Carbonell *et al.*, 2011) mostramos el esquema seguido por RIU desde sus inicios. Como bien podemos observar, estamos ante un proyecto que parte de la colaboración con las municipalidades implicadas y que construye una red de procesos formativos que culminan en la formación de agentes comunitarios de salud, objeto de estudio principal en nuestra investigación:





**Ilustración 1: Las etapas de RIU (Paredes-Carbonell et al., 2011)**

Las acciones se realizan en el ámbito de la promoción de la salud, de la salud sexual y reproductiva (fertilidad, prevención de embarazos no deseados y de ETS) y de la salud materno-infantil (cuidados en el embarazo, parto y puerperio del recién nacido y durante su infancia), el acceso a los servicios de salud y su adecuada utilización.

Por un lado, las acciones grupales se dirigen especialmente a las mujeres (autóctonas e inmigrantes) al ser las principales transmisoras educativas en la familia y el importante papel que desempeñan como modelos de salud entre sus miembros. No obstante, en función de los temas tratados, los hombres pueden también participar.

Por otro, las acciones individuales se llevan a cabo con las personas con las que los agentes de salud se relacionan directamente (familiares, amistades, compañeros/as de trabajo...).

### 3.6. *Fases del proyecto: la formación de ASBC*

En este apartado abordaremos el objeto principal de nuestra investigación, la formación de agentes comunitarios de salud en el seno del proyecto RIU. Para ello, hemos analizado el material divulgativo creado por el proyecto para la última edición (2014-2015) y también hemos tenido la posibilidad de realizar entrevistas a los siguientes participantes del proyecto: a) Dory Aviñó Juan-Ulpiano, licenciada en Psicología y máster en Sociología y Antropología de las Políticas Públicas, así como investigadora del Área de Desigualdades en Salud de FISABIO y miembro de la dirección del proyecto; b) Mireia López Nicolás, licenciada en Sociología, diplomada en Trabajo Social y con un Máster en Sociología y Antropología de las Políticas Públicas (técnica del proyecto); c) Rosendo Sanz Bou, licenciado en Medicina veterinaria, profesor asociado de la Universidad Cardenal Herrera y actual director general de Salud Pública de la *Conselleria de Sanitat (Comunitat Valenciana)*.

Asimismo, se ha realizado una encuesta (disponible como Anexo II) a los agentes de salud ya formados para descubrir la eficiencia del proyecto en base a los puntos recogidos en el sub-apartado 4.2.2.2. del presente trabajo. Hemos considerado que la opinión de los participantes de ediciones pasadas es el mejor testimonio con el que podemos contar para analizar la eficiencia del proyecto RIU y proponer así posibles mejoras. Para ello, el equipo técnico del proyecto nos ha facilitado los nombres y modo de contacto de aquellos agentes de salud ya formados (85 personas en total). Por cuestiones ajenas a nuestra voluntad, solo hemos podido realizar la encuesta a 71 personas, las cuales han colaborado desinteresadamente con nosotros desde el primer momento.

A modo de resumen, cada edición del proyecto tiene una duración de 9 a 12 meses y cuenta con los procesos enunciados a continuación: «1) Acuerdos a nivel político y técnico entre la administración autonómica y local para presentar el proyecto y apoyarlo en su implementación y construcción de la red intersectorial de profesionales de salud pública, atención primaria (y otros ámbitos asistenciales), servicios sociales, policía, educación, tercer sector,...; 2) Captación y selección de la población participante según perfil y a propuesta de profesionales, mediante entrevista y consenso por la red intersectorial; 3) Formación de agentes de salud: contenidos y horarios ajustados a la disponibilidad y necesidades de la población, participan profesionales de los servicios públicos y se realizan visitas guiadas para facilitar la aproximación población-profesionales; 4) Acciones como agentes de salud: individuales, grupales (en formato taller) y de sensibilización comunitaria, y formación complementaria a las agentes; 5) Evaluación continua y devolución de los resultados a la población, a profesionales y difusión en congresos científicos; 6) Mejoras y reformulación de un nuevo ciclo a través de la elaboración del “documento de proyecto” de la siguiente edición» (Paredes-Carbonell *et al.*, 2013).

### 3.6.1. *Primeros pasos: acuerdos iniciales*

Nos hallamos frente a un proyecto de gran amplitud y con un marcado carácter intersectorial para cuya puesta en marcha es necesario el acuerdo entre diversas instituciones. Estas instituciones, junto con la plantilla técnica, son las que hacen posible que un proyecto tan social y en favor de la comunidad como lo es *RIU* sea una realidad hoy en día.

El inicio de cada edición se corresponde con los acuerdos entre las distintas instituciones implicadas. Cabe diferenciar entre las instituciones impulsoras y/o financiadoras: el ayuntamiento correspondiente (recordemos que el proyecto *RIU* se lleva a cabo en los municipios de Algemés, Alzira y Sueca, inactivo hoy en día; la Generalitat Valenciana y FISABIO; y las entidades colaboradoras: Centro de Salud Pública de Alzira).

Así, una vez firmado el convenio entre los participantes antes citados, se constituye una red de profesionales y agentes sociales procedentes de los siguientes sectores: Atención

primaria y unidades de apoyo, Educación, Universidad, Salud Pública y Administración local (medio ambiente, deporte, empleo, urbanismo, etc.) Es en estas primeras reuniones en las que se realiza una evaluación inicial y una propuesta de aquellos temas más relevantes en términos de salud comunitaria y de promoción de la salud. Cabe destacar que los participantes en este contacto inicial conceden especial relevancia a las ediciones anteriores para poder así adaptarse mucho mejor a las necesidades de la población y subsanar asimismo los errores cometidos hasta el momento.

#### 3.6.1.1. *FISABIO*

La fundación impulsora del proyecto consiste en una entidad sin ánimo de lucro de carácter científico y asistencial cuyo fin primordial es el fomento, impulso y desarrollo de la investigación científico-técnica, sanitaria y biomédica en la Comunitat Valenciana. Esta fundación integra y gestiona el mapa de la investigación sanitaria que conformaba el Centro Superior de Investigación en Salud Pública y las fundaciones del Hospital Universitario Dr. Peset, Hospital General Universitario de Alicante y Hospital General Universitario de Elche, además de asumir la actividad científica realizada en otros 18 Departamentos de Salud.

Asimismo, presta servicio a más de 1.500 profesionales de la red sanitaria valenciana; especialistas que trabajan en proyectos de investigación y ensayos clínicos gestionados a través de FISABIO. Desde el 1 de julio de 2013, también gestiona la asistencia sanitaria que hasta ahora llevaba a cabo la Fundación Oftalmológica del Mediterráneo.

Entre los objetivos de la fundación, destacan:

- Facilitar, promover, desarrollar y ejecutar la investigación de acuerdo con los planes de investigación existentes en la Conselleria de Sanidad.
- Actuar como centro motor de la investigación científico- técnica y la innovación, aportando las bases necesarias para favorecer la interacción con los equipos de investigación localizados en las Universidades, Hospitales, Consejo Superior de Investigaciones científicas y otras Instituciones de su entorno.
- Facilitar y promover la formación de los profesionales y de los investigadores del ámbito de la salud.

- Realizar e impulsar todo tipo de estudios que generen conocimiento en el ámbito de la salud y la atención en general de la salud. Es en este punto donde podríamos situar el Proyecto RIU.
- Cooperar y desarrollar la actividad asistencial.

Para la realización de este sub-apartado hemos acudido al sitio web de la fundación Fisabio (<http://fisabio.san.gva.es/>). Asimismo, también nos hemos basado en la información proporcionada por Dory Aviñó, investigadora de la fundación y técnica coordinadora del proyecto RIU.

### *3.6.2. Captación y selección de los futuros agentes comunitarios*

Una vez seleccionados los temas principales que se impartirán en las sesiones de formación en función a la demanda social, el equipo técnico del proyecto determina el perfil de los candidatos a convertirse en agentes de salud de base comunitaria. Una de las características que debe presentar todo candidato es la de poseer una habilidad de comunicación que destaque sobre las del resto ya que, tal y como veremos a continuación, el ASBC debe transmitir a su comunidad la información aprendida durante su formación. Otros parámetros utilizados para la clasificación de los distintos candidatos son la edad, el sexo, el hecho de tener descendencia o no, el nivel de alfabetización en español y otras particularidades sociodemográficas. Los técnicos también obran en función de los distintos grupos étnicos presentes en el barrio y del número de individuos que los conformen. Así, si en el momento inicial del proyecto la población gitana de origen rumano es mayoritaria, se intenta contactar con individuos de este colectivo para que participen en el proyecto, sin que ello implique descartar a otros, como por ejemplo población de etnia gitana, de origen magrebí, etc.

Tras determinar los posibles candidatos, se realiza una entrevista a todo aquel que desea participar en el proyecto para ver si cumple con el perfil buscado por parte de los técnicos. En esta primera toma de contacto, se le explica en qué consiste el proyecto y se le pregunta acerca de la concepción que tiene en relación con el término «salud», aplicado al barrio en el que vive. Asimismo, se les indica que los candidatos que sean aceptados deberán cumplir con un mínimo de asistencia a las sesiones (recordemos que la participación en el proyecto es totalmente voluntaria).

Uno de los objetivos principales de estas entrevistas es determinar la capacidad crítica del candidato en función de los problemas de acceso a la salud de su comunidad. Tuvimos la oportunidad de asistir a una de estas entrevistas, cuyas preguntas recogemos como anexo al final del presente trabajo (Anexo III).

Cabe destacar que el proceso captación de candidatos no es público. Es decir, se determina aproximadamente el número de futuros agentes y se contacta directamente con estos candidatos.

Por otra parte, se realiza una sesión de inicio con los profesionales seleccionados para participar en la edición del proyecto. A modo de ejemplo, el número total de profesionales que han colaborado con el proyecto en la edición de Alzira 2015 ha sido de 48, entre los cuales podemos destacar la presencia de tres enfermeras especializadas en salud sexual y reproductiva, de dos médicos, de una trabajadora social y de un licenciado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, entre otros.

El papel de los profesionales es de vital importancia, ya que sin ellos no sería posible instruir a los agentes de salud en el proceso de formación. Este equipo técnico debe saber enfrentarse a las necesidades y a las demandas que plantea la ciudadanía y tener presente en todo momento que se encuentra fuera de su ámbito laboral cotidiano, por lo que en muchas ocasiones deberá emplear un registro adaptado.



**Ilustración 2: Relación profesional-candidato (López Nicolás, 2015)**

En la ilustración 2 podemos ver la relación entre los profesionales y los candidatos, una relación que debe buscar en todo momento puntos de encuentro. No obstante, cabe la posibilidad de que exista cualquier tipo de tensión en dicha relación, ante la cual el profesional deberá anteponerse y mediar para solucionar el problema en cuestión.

### 3.6.3. *Proceso formativo*

En este punto nos encontramos, a nuestro juicio, en uno de los sub-apartados más relevantes del presente trabajo, ya que en él daremos cuenta del proceso de formación de conocimientos teóricos que deben adquirir los candidatos para convertirse en ASBC. La metodología seguida por el proyecto es totalmente participativa, por lo que las sesiones teóricas no se limitan única y exclusivamente a la concesión de conocimientos a los candidatos, sino que fomentan la participación y la expresión de los asistentes. Asimismo, el objetivo último de la formación teórica es la transmisión de los contenidos tanto en acciones individuales (de tú a tú) como en acciones grupales y comunitarias.

Así, teniendo en cuenta que los contenidos escogidos por el equipo técnico se adaptan a las necesidades del momento en el barrio, el programa de la edición 2015 en Alzira ha sido la siguiente (como Anexo IV podemos ver los contenidos y actividades propuestas solo para la primera unidad por cuestiones de espacio):

Unidad 1: La salud, sus determinantes y protagonistas (Aviñó y López Nicolás, 2015)

Objetivos generales:

1. Que las personas participantes definan la salud e identifiquen sus determinantes a partir de sus propios conocimientos, percepciones y experiencias.
2. Que identifiquen los diferentes tipos de factores que influyen en la salud y sobre cuáles de ellos es más fácil que las personas del grupo podamos actuar.
3. Que describan tres modelos diferentes (y reales) relativos al cuidado de la salud: modelo más cercano a la salud, el cercano a la enfermedad y el que se mantiene en una situación intermedia.
4. Que identifiquen a “los actores y actrices” en conseguir salud y que se perciban como principales protagonistas en el cuidado de la salud.

5. Que expresen y representen las principales necesidades sentidas sobre salud en el barrio.
6. Que se promueva una actitud favorable hacia el cuidado de la salud.
7. Que conozcan el concepto de autocuidados, los diferentes tipos de autocuidados y realicen una autoevaluación en relación a sus propios autocuidados.

Esta formación se completa al final con el denominado «salutómetro», un conjunto de preguntas en forma de encuesta para averiguar si los participantes han asimilado los conceptos aprehendidos, así como su puesta en marcha a nivel personal. Este formato del «salutómetro» ha sido tomado del *Proyecto ACTARA – Comunitat Valenciana, Escola de Formació d'Educadors per a la Salut a l'àmbit penitenciari*, realizado por la asociación ADSIS-HEDRA, el cual contó con la financiación del *Institut Valencià de la Joventut* y la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

Una vez introducidos los objetivos de la primera unidad, ofrecemos a continuación los títulos de las unidades restantes. Por cuestiones de espacio hemos optado por omitir en este caso los objetivos de cada una de las unidades:

- Unidad 2: Agentes de salud: concepto, competencias y acciones.
- Unidad 3: Habilidades de comunicación en la relación de ayuda.
- Unidad 4: Salud infantil: cuidados en la infancia.
- Unidad 5: Salud materno-infantil: cuidados en el embarazo, parto y puerperio.
- Unidad 6: ¿Quién cuida de nuestra salud? Cómo funcionan y cómo se accede a los servicios de salud.
- Unidad 7: Sexualidad. Mitos y realidad.
- Unidad 8: Uso del preservativo.
- Unidad 9: Infecciones de transmisión sexual, infección por VIH/SIDA y hepatitis víricas.
- Unidad 10: Salud en alimentación y salud bucodental.
- Unidad 11: Salud bucodental.
- Unidad 12: Actividad física y salud.
- Unidad 13: Uso de los servicios sanitarios.
- Unidad 14: Diversidad cultural.



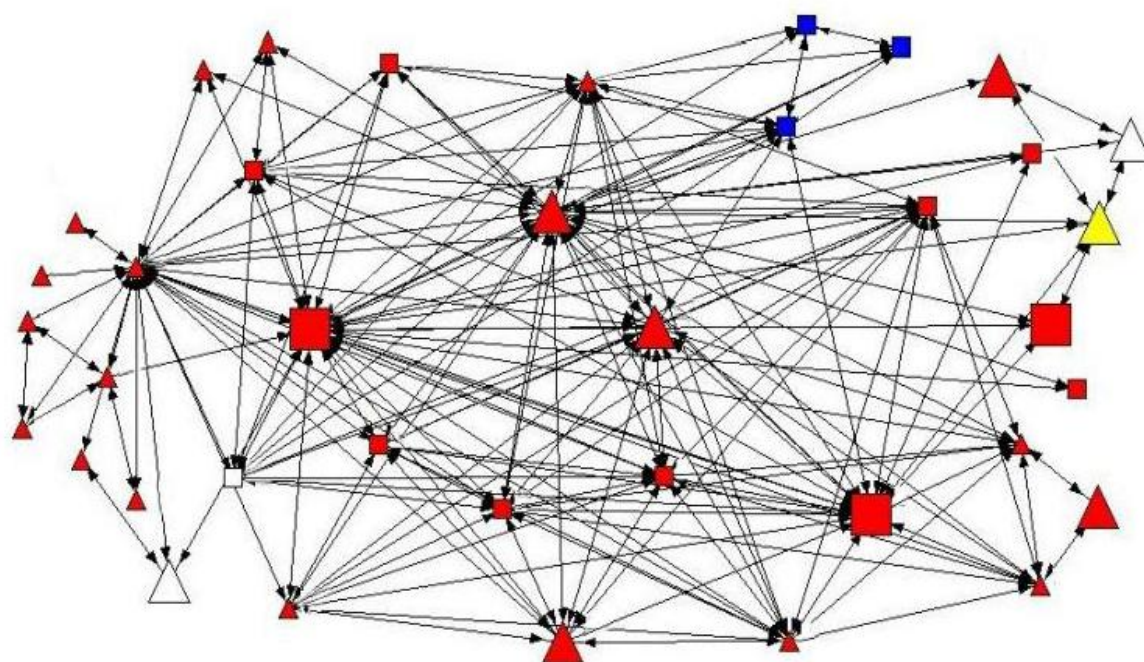
Estas son las unidades teóricas que han conformado la edición 2015 en Alzira. Como vemos, el objetivo del proyecto es dotar a los candidatos de unos conocimientos básicos en salud pública, si bien el contenido de cada unidad está destinado a fortalecer la capacidad comunicativa del candidato. Es decir, se valora la adquisición de contenidos, aunque siempre un nivel inferior a la adquisición de competencias comunicativas. Estas sesiones teóricas finalizan cada cierto tiempo con la realización de acciones grupales o talleres en los que los candidatos deben transmitir sus conocimientos a la comunidad.

#### *3.6.4. El paso hacia la praxis: acciones de campo*

La formación de agentes de salud de base comunitaria contempla, además de los contenidos teóricos vistos en el sub-apartado anterior, una serie de prácticas a distintos niveles. Es en estas prácticas, así como en la plasmación de la información recopilada durante el desarrollo de las mismas, donde los técnicos del proyecto RIU pueden determinar la pertinencia de las sesiones teóricas llevadas a cabo.

Sin embargo, cabe diferenciar entre las acciones individuales, grupales y de sensibilización comunitaria, respectivamente. Mediante las primeras (nivel individual) el proyecto RIU pretende poder llegar a muchas más personas de la red social próxima al ASBC y hacerles partícipes de los conocimientos en salud adquiridos. Del mismo modo, es necesario destacar que el objetivo último de todo agente de salud y, por ende, del proyecto en su totalidad, es lograr la máxima permanencia en el tiempo de la información transmitida. De no ser así, se considera que el resultado de la acción individual llevada a cabo ha sido un fracaso.

Asimismo, es recomendable que el agente de salud registre esta acción, con lo que se contribuye a la posterior evaluación de la edición del proyecto por parte de los técnicos (se puede observar como Anexo V un modelo para el registro de las acciones informativas individuales). No obstante, y según lo que nos han relatado los técnicos del proyecto durante la realización del presente trabajo, en muchas ocasiones los agentes de salud obvian involuntariamente este proceso de registro de la actividad realizada.



Sexo:	Residencia:	País/etnia:	
Hombre: cuadrado	Barrio: figura grande	España: rojo	España etnia gitana: blanco
Mujer: triángulo	No barrio: figura pequeña	Este Europa: amarillo	Magreb: marrón
		Latinoamérica: azul	

**Ilustración 3: Red de acciones individuales (López Nicolás, 2015)**

En esta ilustración podemos observar las redes constituidas por los agentes de salud formados durante la edición Alzira 2015. Representa un esquema ilustrativo (ya que en la última edición se ha dado un total de 653 acciones individuales según los datos proporcionados por los técnicos) de las acciones llevadas a cabo por parte de estos agentes. Como vemos, la interrelación entre ellos merece ser destacada, lo cual muestra el impacto positivo que ejerce el proyecto RIU en la población.

Por otro lado y en cuanto a las acciones de tipo grupal, estas se proponen como objetivo acercar el conocimiento experto a un conjunto de personas procedentes del entorno social y geográfico del agente de salud, así como crear espacios de encuentro entre culturas distintas y siempre en torno a cuestiones relacionadas con la salud. En estas actividades se valora especialmente el aprendizaje de conocimientos y de habilidades, sin olvidar el intercambio de actitudes entre las personas alejadas del sistema sanitario y los propios ASBC.

A continuación mostramos algunas ilustraciones en las que López Nicolás (2015) recoge algunas de las experiencias vividas en dichas actividades durante la edición de Alzira 2015. Se han realizado en total 79 acciones grupales cuyos temas principales han sido la salud materno-infantil, la alimentación saludable, la autoestima o la prevención de ETS, entre otros.



**Ilustración 4: Actividad grupal en centro educativo (López Nicolás, 2015)**



**Ilustración 5: Actividad grupal en domicilio particular (López Nicolás, 2015)**



**Ilustración 6: Actividad grupal en centro social (López Nicolás, 2015)**

En estas tres ilustraciones podemos observar algunos ejemplos reales de actividades en grupo. Hemos optado por presentar estos tres ejemplos concretos en base tanto a la variedad del público asistente a las sesiones como al lugar en las que se han llevado a cabo. La ilustración nº4 nos muestra una actividad grupal en un contexto educativo, concretamente en un centro escolar cuyo alumnado presenta grandes diferencias en cuanto a procedencia geográfica y está condicionado por un elevado nivel de exclusión social.

Si observamos el siguiente ejemplo (ilustración nº5), vemos que la sesión en grupo ha tenido lugar en el domicilio de la agente de salud. Según las indicaciones que recibimos por parte de los técnicos del proyecto RIU, el hecho de realizar las actividades en contextos privados se debe al deseo de los asistentes de no acudir al centro social correspondiente. Asimismo, podríamos llegar a la conclusión de que los asistentes se sienten más relajados, desinhibidos, etc. en ámbitos conocidos, con lo que se favorece la comunicación y la espontaneidad (fundamentales en la relación comunidad-agente de salud). Cabe destacar el excelente resultado de esta sesión en particular tal y como nos lo han relatado los técnicos del proyecto. Y en cuanto al tercer ejemplo (ilustración nº6), nos encontramos frente al ejemplo más representativo de lo que consisten las acciones grupales: reuniones en el centro social correspondiente (el lugar de reunión en Alzira es el Centro de Participación Ciudadana).

Por último y en cuanto a las actividades comunitarias, el objetivo de estas es acercar el proyecto RIU a la población y transmitir conocimientos básicos en salud y en bienestar. El método seguido en estos talleres es el de participación activa y recogida de datos para una posterior evaluación. Se intenta que estas sesiones tengan lugar en exteriores y preferentemente en entornos del propio barrio, ya que de ese modo se potencia la participación de aquellas personas a las que los agentes de salud transmiten información.

Durante la edición de este año en Alzira se han realizado hasta 39 acciones a nivel comunitario consistentes en acciones deportivas, culturales (entrevistas en Alzira Radio), creación de murales, juegos para favorecer la limpieza del barrio, etc. A continuación mostramos algunas de las ilustraciones recopiladas durante la realización de este trabajo:



**Ilustración 7: Actividades comunitarias (Elaboración propia)**



**Ilustración 8: Mural en contra de la violencia de género (López Nicolás, 2015)**

Según la dirección del proyecto RIU, estas acciones comunitarias han sido un verdadero éxito, y destacan en particular el efecto que han ejercido dichas actividades en el barrio. No olvidemos que nos encontramos en un barrio bastante deteriorado y abandonado por parte de las autoridades municipales. Asimismo, hemos podido comprobar por nosotros mismos la implicación de los agentes de salud durante estas jornadas, unos agentes que no han dudado en ningún momento a la hora de colaborar y de transmitir la información recibida durante las sesiones teóricas.

### 3.6.5. Evaluación de las actividades realizadas

Tal y como hemos podido observar en los documentos cedidos por los coordinadores del Proyecto RIU, se realiza un proceso de evaluación tanto a priori como a posteriori de cada edición del proyecto. Este proceso evaluativo se compone de tres partes, a saber:

- a) Grupo de discusión al inicio de cada edición. En esta entrevista grupal se plantean cuestiones relativas al ámbito de la salud comunitaria, unas cuestiones mediante las que los técnicos del proyecto analizan los conocimientos previos, tanto los correctos como los erróneos, que poseen los participantes ya escogidos. Este grupo de discusión es de gran ayuda para los técnicos, pues descubren rápidamente desde qué punto parten en lo que a conocimientos se refiere; así como para los participantes, quienes consiguen así una primera toma de contacto.

Cabe destacar que estos grupos de discusión se graban y quedan registrados para un posterior análisis mediante el programa de software para análisis de datos cualitativos *Atlas-ti*. Asimismo, este proceso se vuelve a repetir al final de cada edición para que de ese modo los participantes sean conscientes de la información recibida y para que los técnicos, por su parte, puedan incidir en posibles errores y subsanarlos para futuras ediciones.

- b) Análisis de las redes sociales de los ACBS. Se trata de una tabla en la que los agentes de salud identifican a las personas con quienes han hablado durante las últimas semanas (es necesario que se dé un conocimiento mutuo entre ambos interlocutores). Los participantes deben ser capaces de indicar hasta 45 personas. Los datos que se les pide son: el nombre, la relación interpersonal entre ambos, el barrio en el que reside, el sexo, la edad y el tema de conversación.

Es de vital importancia que los participantes completen estos datos, ya que es gracias a estos que los técnicos pueden determinar el alcance de los conocimientos aprehendidos durante la formación teórico-práctica. Asimismo, cabe destacar que, al igual que en el proceso anterior, este análisis se realiza tanto al inicio como al final de la edición por los motivos indicados anteriormente.

- c) Entrevistas individuales. Se realiza una entrevista en privado a cada uno de los participantes en la que se le pregunta de qué habla con un miembro escogido al azar de entre los indicados en el proceso anterior. Las preguntas van dirigidas principalmente a aquellos ámbitos relacionados con los temas de salud. También es importante conocer qué tipo de información da y con qué finalidad.

Al igual que los dos procesos previos, estas entrevistas también se realizan al inicio y al final de cada edición.

#### 4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Hemos optado por realizar encuestas (disponible como Anexo II) a los agentes de salud ya formados para analizar de ese modo la eficiencia del proyecto en base a los puntos recogidos en el sub-apartado 4.2.2.2. del presente trabajo. Desde nuestro punto de vista, la opinión de los ASBC formados supone la mejor fuente de información con que podemos contar para análisis y para poder proponer posibles mejoras. Asimismo, consideramos antes de realizar la encuesta que debíamos de traducirla al francés, pues gran parte de los encuestados son de origen árabe, si bien la mayoría de ellos se desenvuelve en español a la perfección. No obstante, somos plenamente conscientes de que el método más óptimo hubiese sido realizar entrevistas personales cualitativas, lo cual no ha sido posible debido a la gran cantidad de sujetos participantes, así como a las limitaciones del presente trabajo, por lo que reservaremos esta metodología para futuras investigaciones. Así, el estudio llevado a cabo es únicamente aproximativo.

El equipo técnico del proyecto nos ha facilitado los nombres y modo de contacto de aquellos agentes de salud ya formados (85 personas en total). Por cuestiones ajenas a nuestra voluntad, solo hemos podido realizar la encuesta a 71 personas, las cuales han colaborado desinteresadamente con nosotros desde el primer momento. Cabe destacar que escogimos realizar encuestas anónimas para que los participantes pudieran responder con plena libertad.

La encuesta está dividida en cuatro apartados, a saber: conocimientos, habilidades, actitud como agente de salud y opinión sobre el Proyecto RIU, respectivamente. Cada una de las preguntas (35 en total) contiene una respuesta en forma numérica y en orden ascendente. Consideramos que la mejor opción era elaborar un cuestionario de respuestas preestablecidas según el modelo de la escala de Likert. Este método mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Además, nos permite organizar eficazmente los resultados obtenidos y someterlos a posteriori a un análisis estadístico. Asimismo, este tipo de encuesta favorece la velocidad de respuesta, puesto que no exige mucho tiempo por parte del participante ni obliga a este a desarrollar ideas propias.













Una vez recopiladas todas las encuestas (estas fueron enviadas vía correo ordinario), procedimos al recuento manual de los datos y a su digitalización en una hoja de cálculo. Posteriormente, mediante distintas fórmulas, analizamos la frecuencia que presentaba cada número indicador de la opinión del encuestado. A partir de estos datos de frecuencia optamos por elaborar gráficos circulares para poder representar los porcentajes de respuesta de una manera sencilla y clara y extraer las conclusiones pertinentes, así como las posibles mejoras que podría adoptar el Proyecto RIU.

## 5. RESULTADOS DEL ESTUDIO

En este apartado presentamos los resultados de las encuestas realizadas a los agentes de salud de base comunitaria formados por el Proyecto RIU. Cabe destacar que hemos podido recopilar el 100 % de las encuestas entregadas (un total de 71), por lo que la participación ha sido máxima y muy satisfactoria a nuestro juicio.

Para la presentación de los resultados, hemos optado por recurrir a gráficos circulares en los que se observe a simple vista los porcentajes correspondientes al criterio de los encuestados para cada una de las preguntas propuestas (un total de 35 preguntas divididas en 4 bloques, tal y como se puede observar en el anexo II). El número «0» implica que el individuo está en desacuerdo, mientras que el «10» implica todo lo contrario (el sujeto se muestra completamente de acuerdo). Además, queremos destacar que cuando no existen resultados para un número, este no aparece en el gráfico, de ahí que haya en ocasiones menos colores que los indicados en la leyenda.

Los colores se corresponden en todo momento con un número determinado, a saber:

1: Azul  2: Marrón  3: Verde claro  4: Verde oscuro  5: Rojo   
6: Gris  7: Morado  8: Naranja  9: Rosa  10: Amarillo 

Posteriormente, en el apartado de conclusiones, daremos cuenta de nuestras impresiones y de las posibles mejoras aplicables al Proyecto RIU.

5.1. Conocimientos

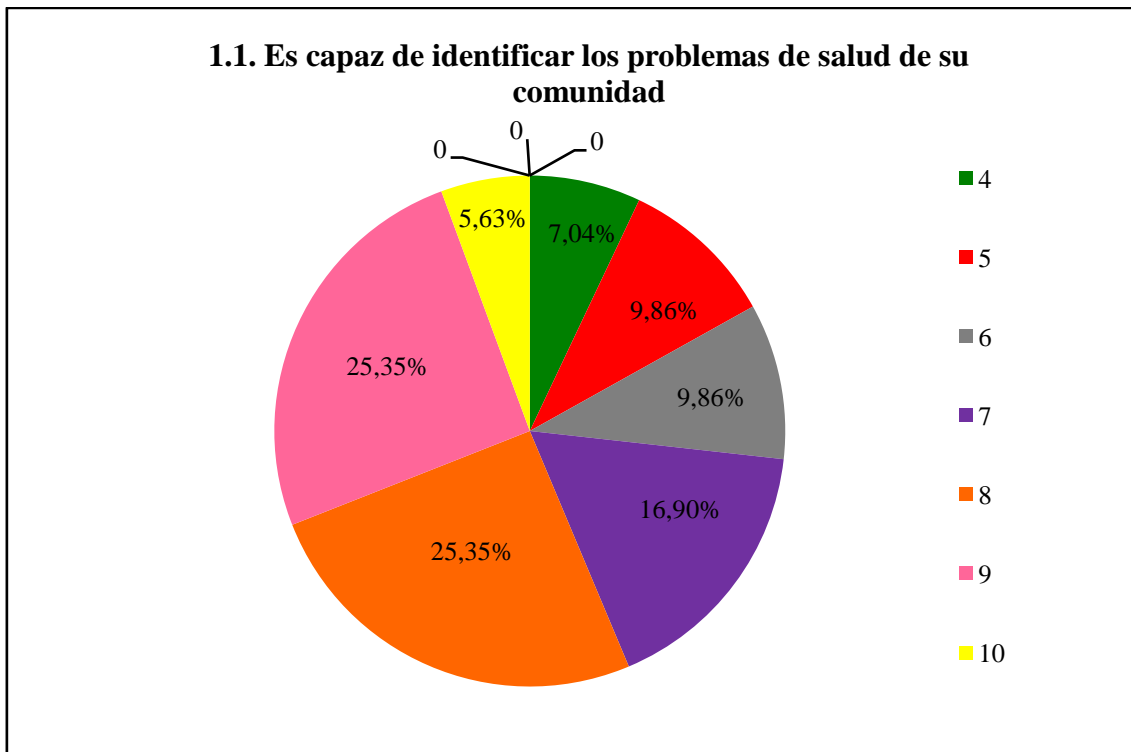


Gráfico 1: Cuestión 1.1. (elaboración propia)

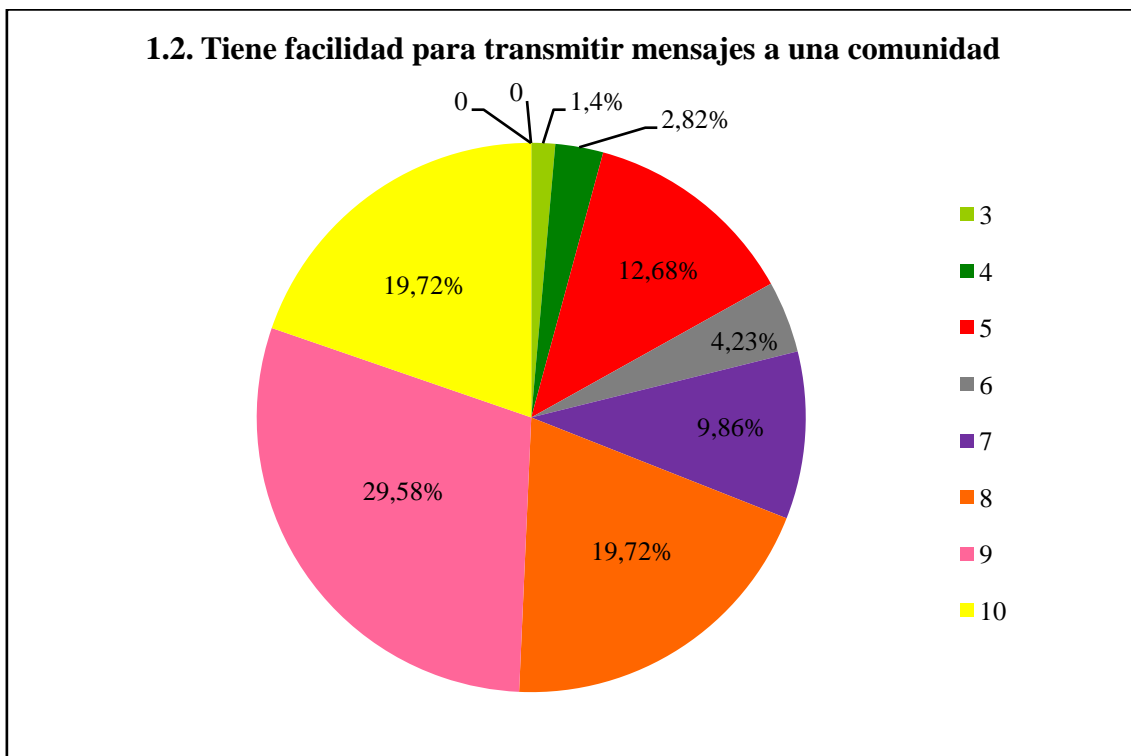


Gráfico 2: Cuestión 1.2. (elaboración propia)

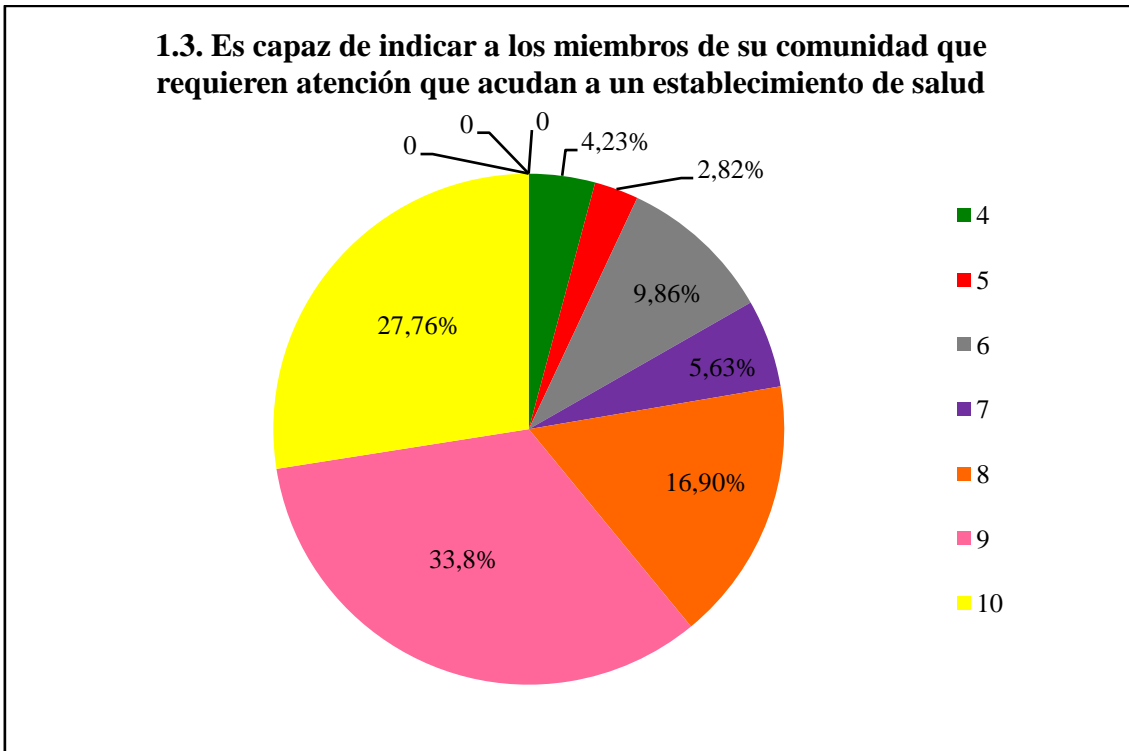


Gráfico 3: Cuestión 1.3. (elaboración propia)

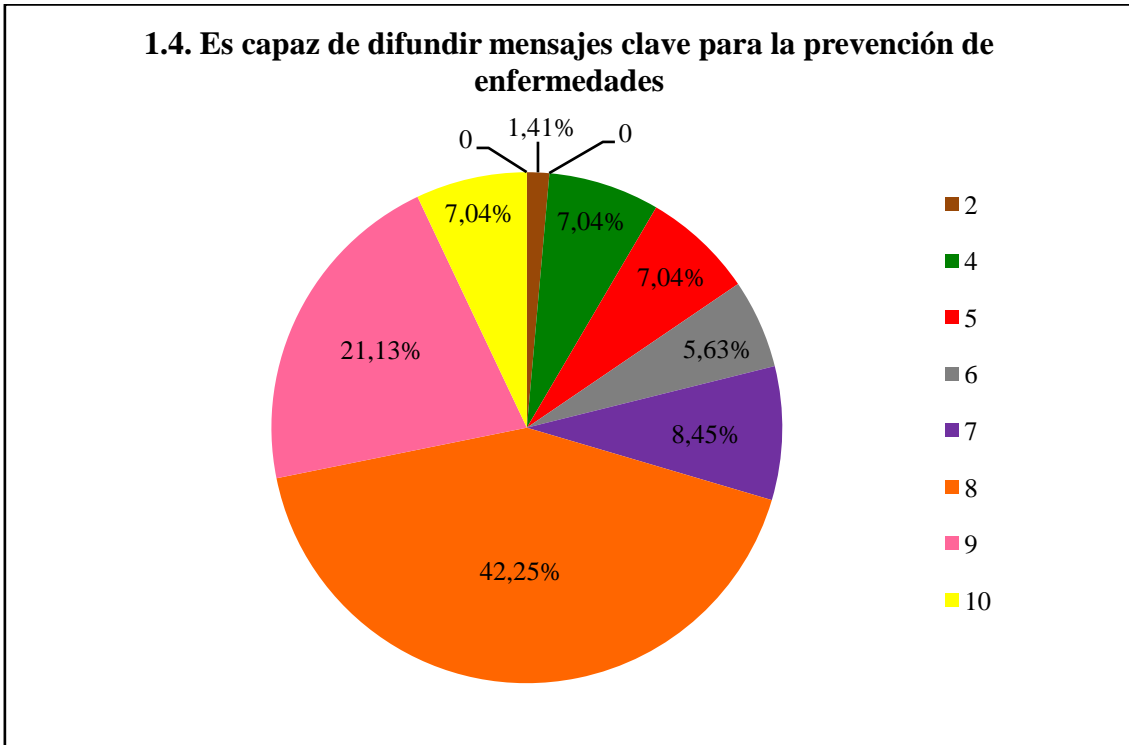


Gráfico 4: Cuestión 1.4. (elaboración propia)

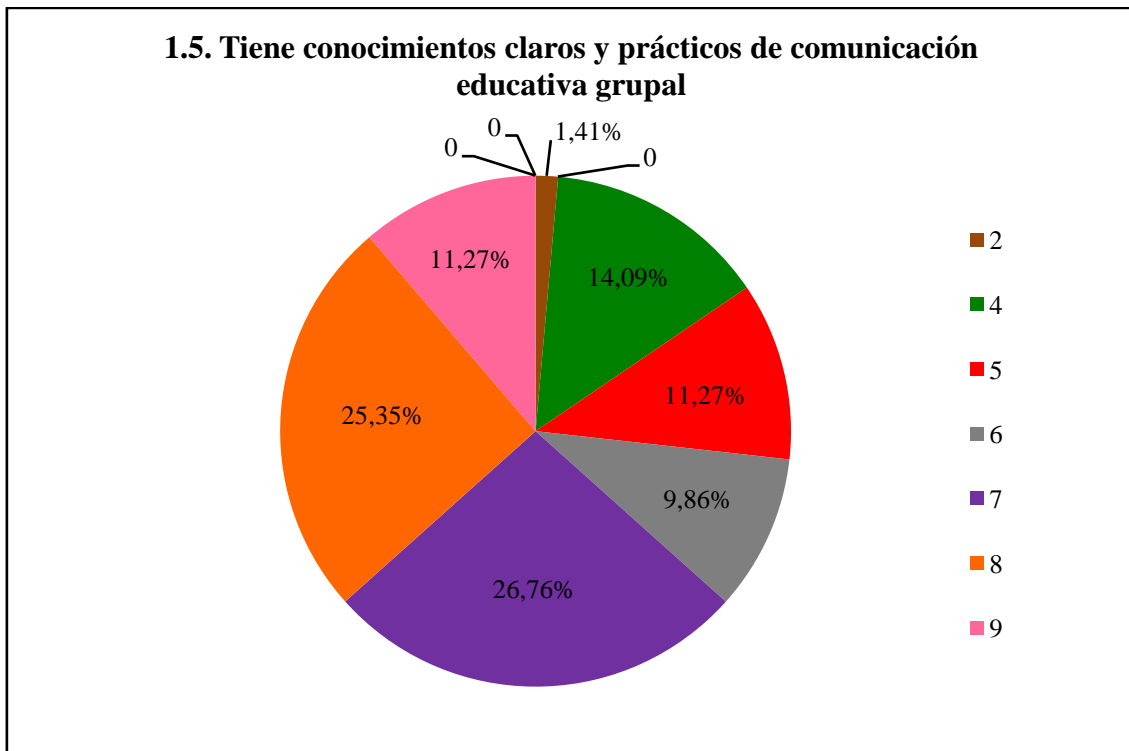


Gráfico 5: Cuestión 1.5. (elaboración propia)

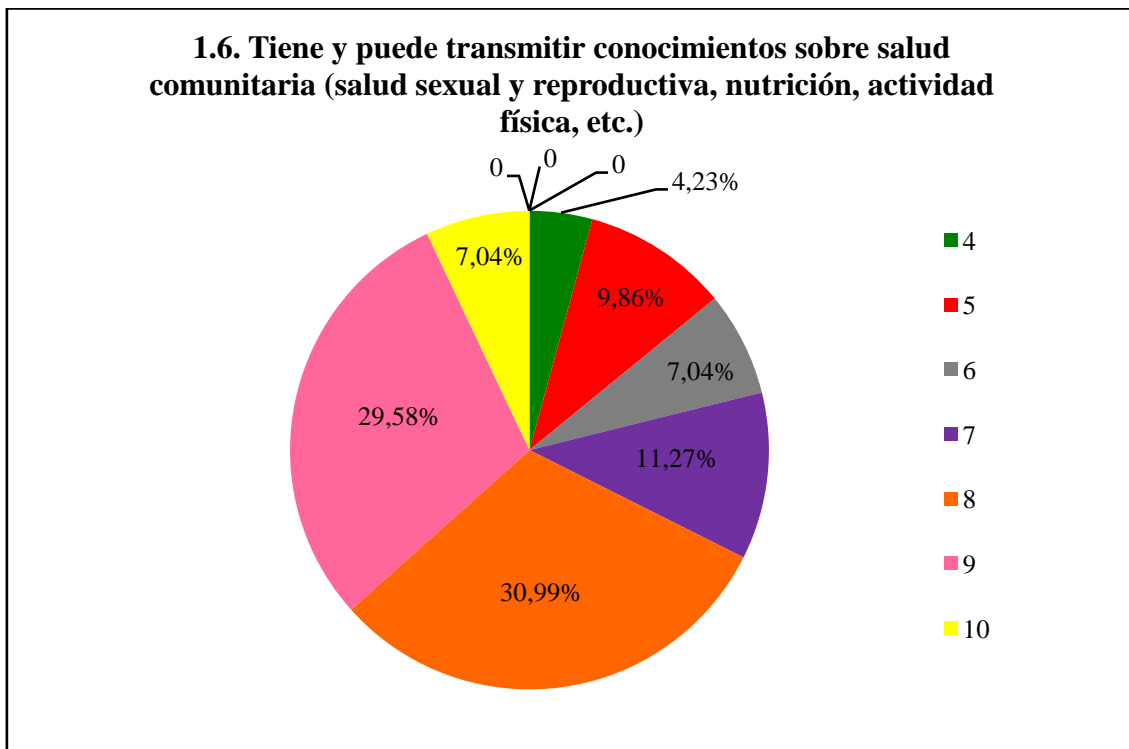


Gráfico 6: Cuestión 1.6. (elaboración propia)

5.2. Habilidades

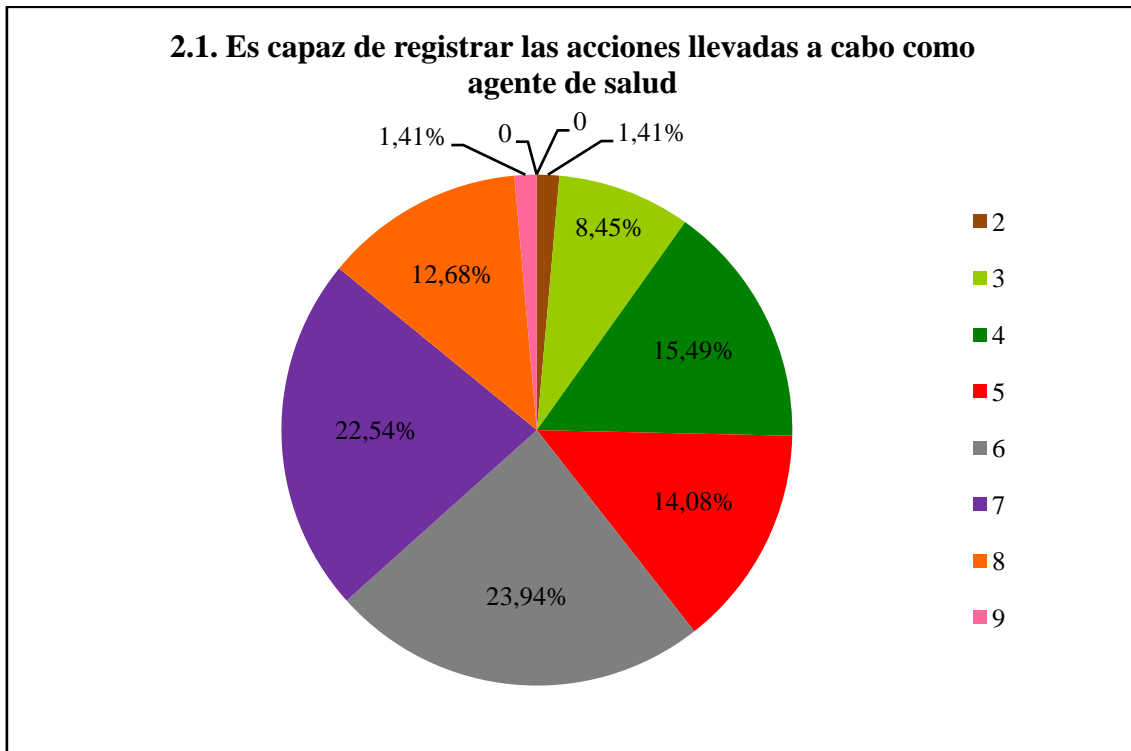


Gráfico 7: Cuestión 2.1. (elaboración propia)

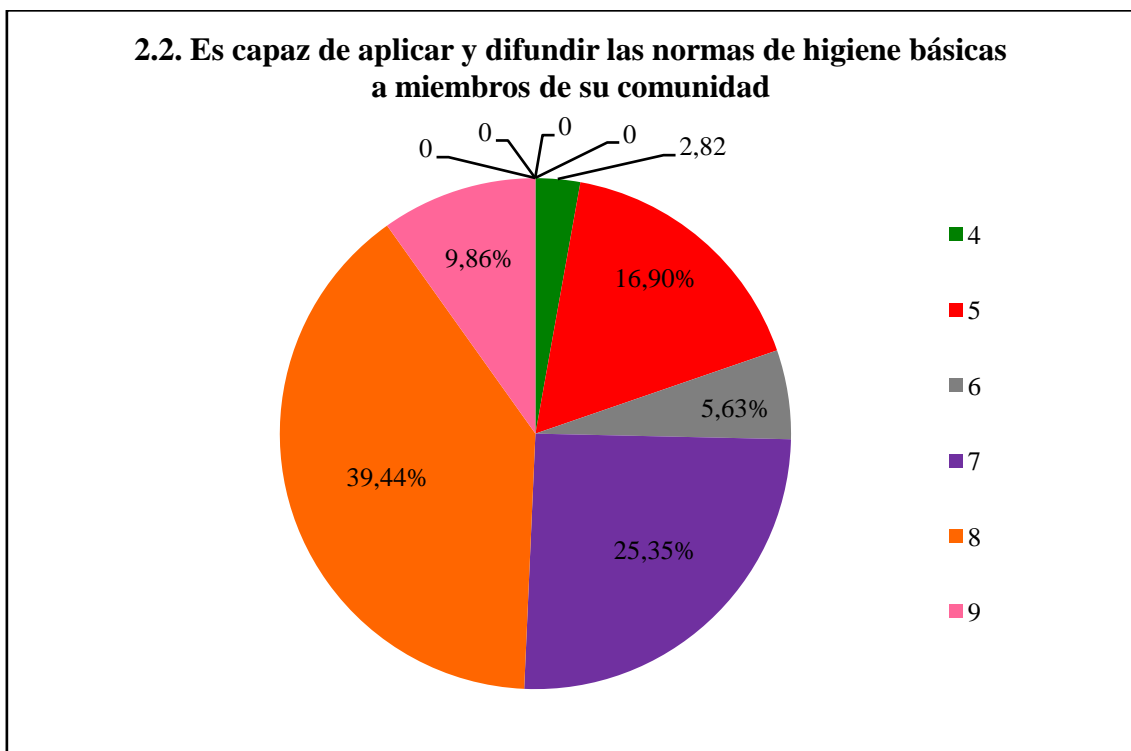


Gráfico 8: Cuestión 2.2. (elaboración propia)

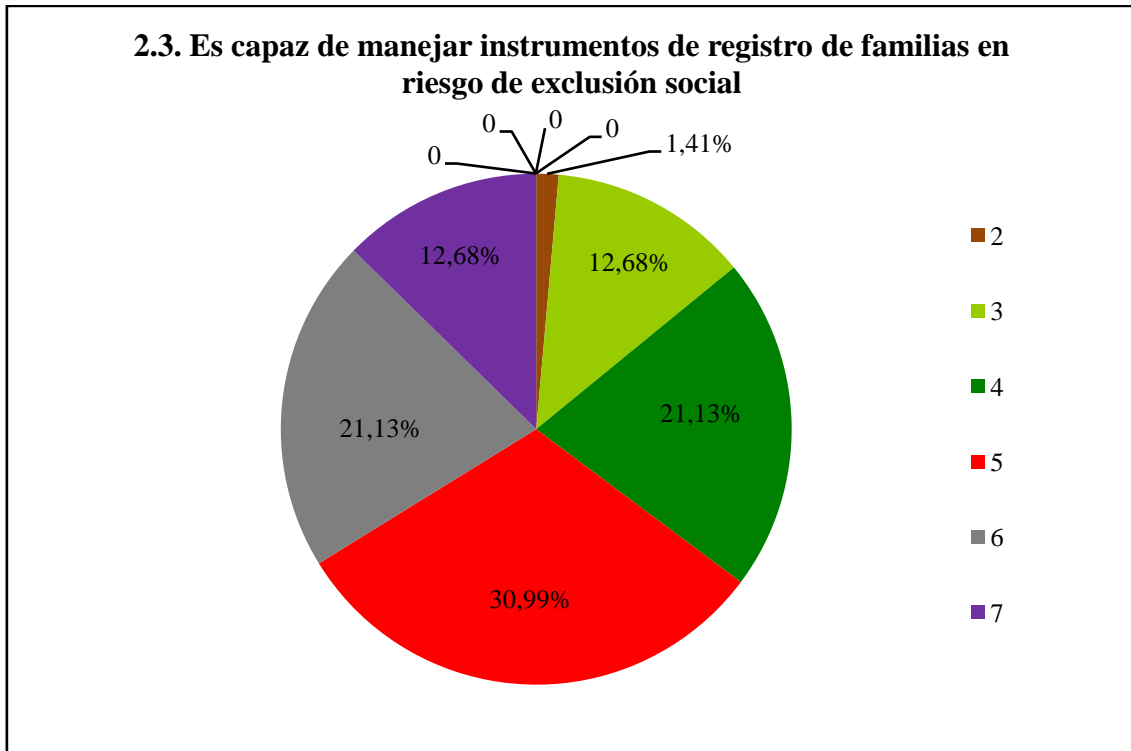


Gráfico 9: Cuestión 2.3. (elaboración propia)

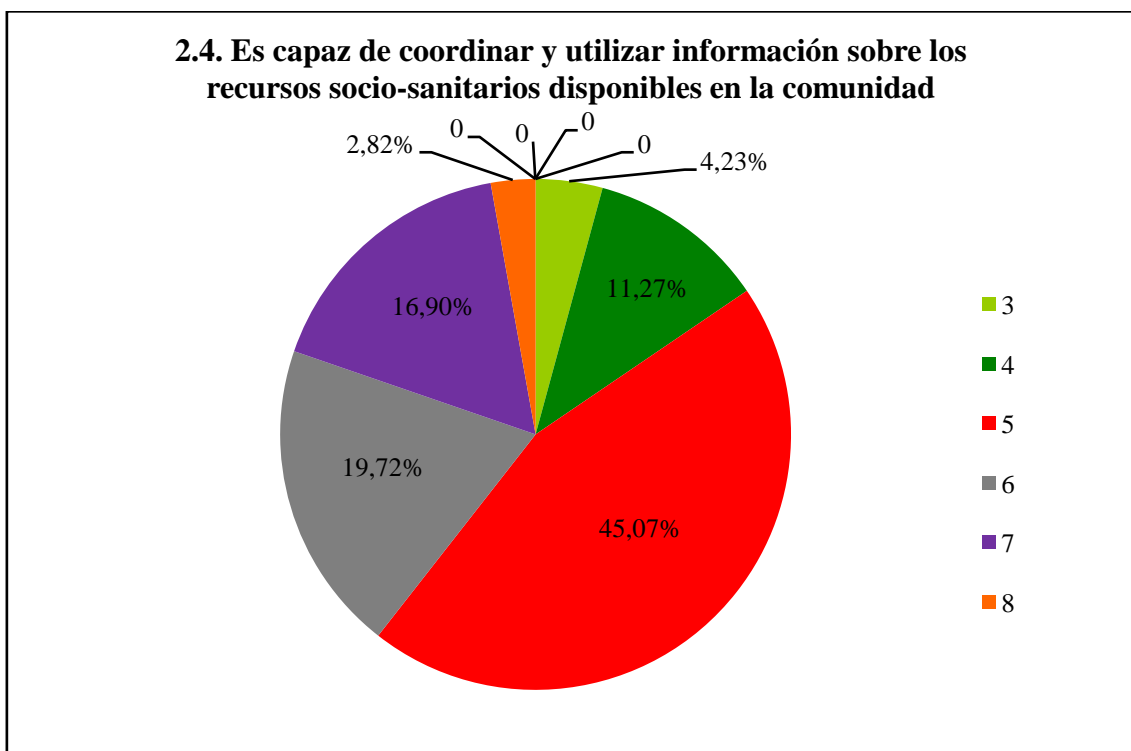


Gráfico 10: Cuestión 2.4. (elaboración propia)

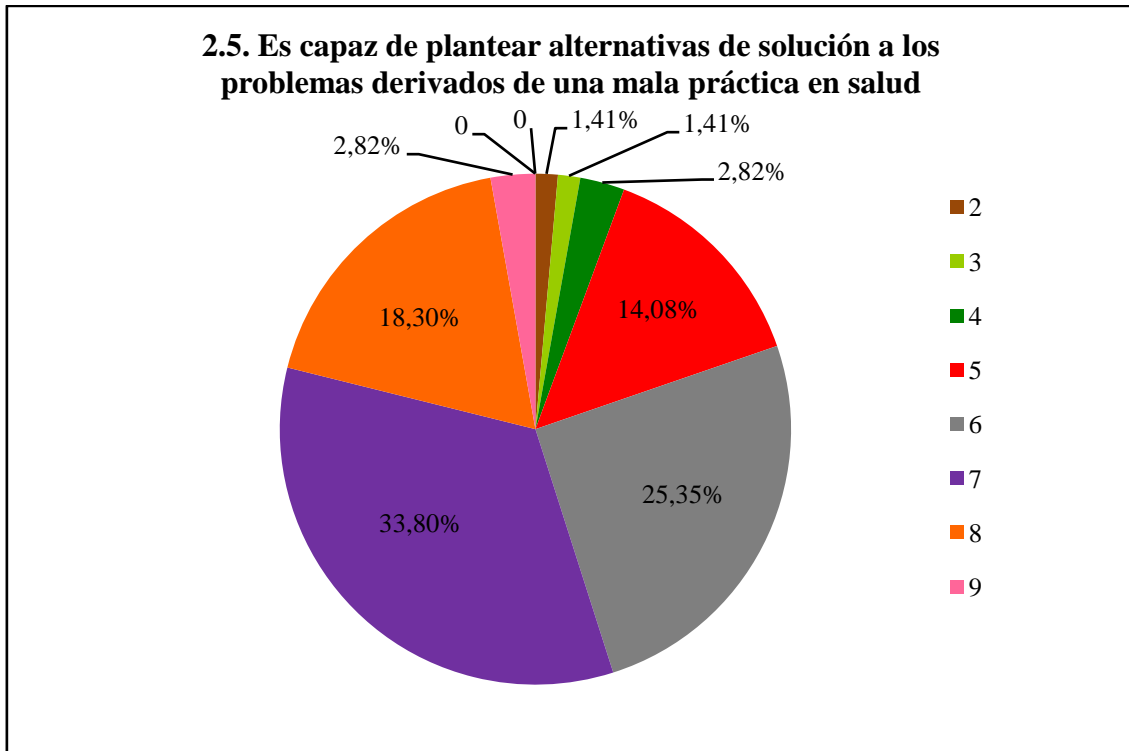


Gráfico 11: Cuestión 2.5. (elaboración propia)

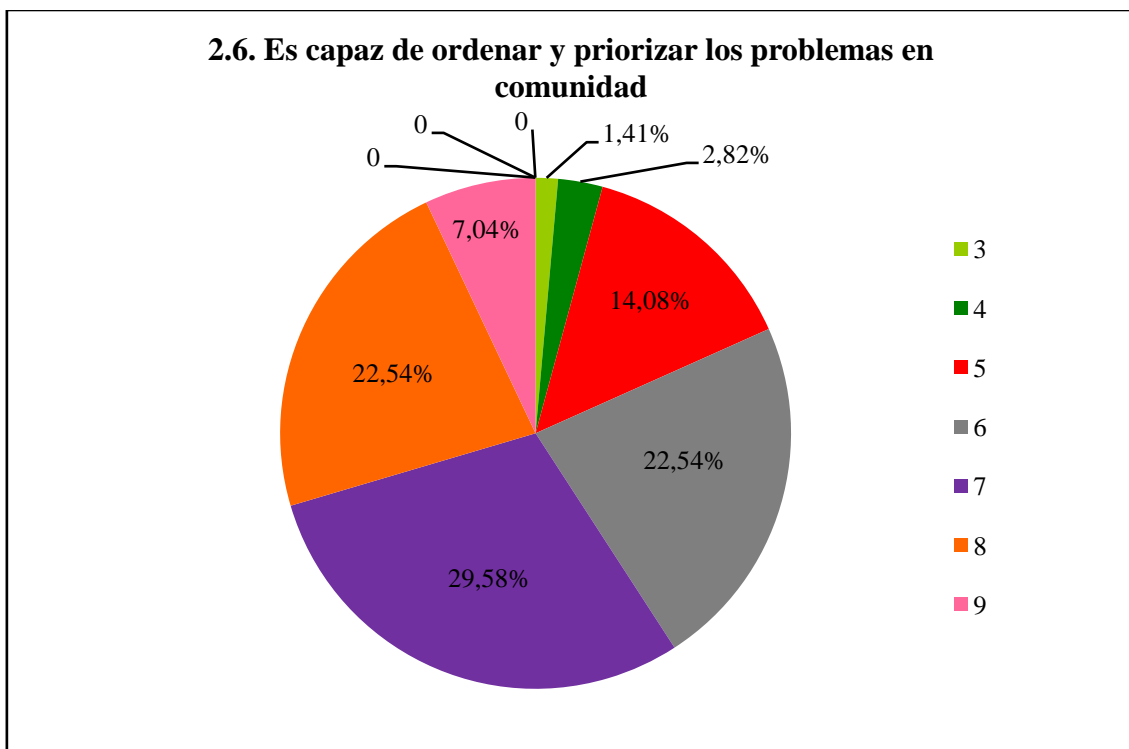


Gráfico 12: Cuestión 2.6. (elaboración propia)



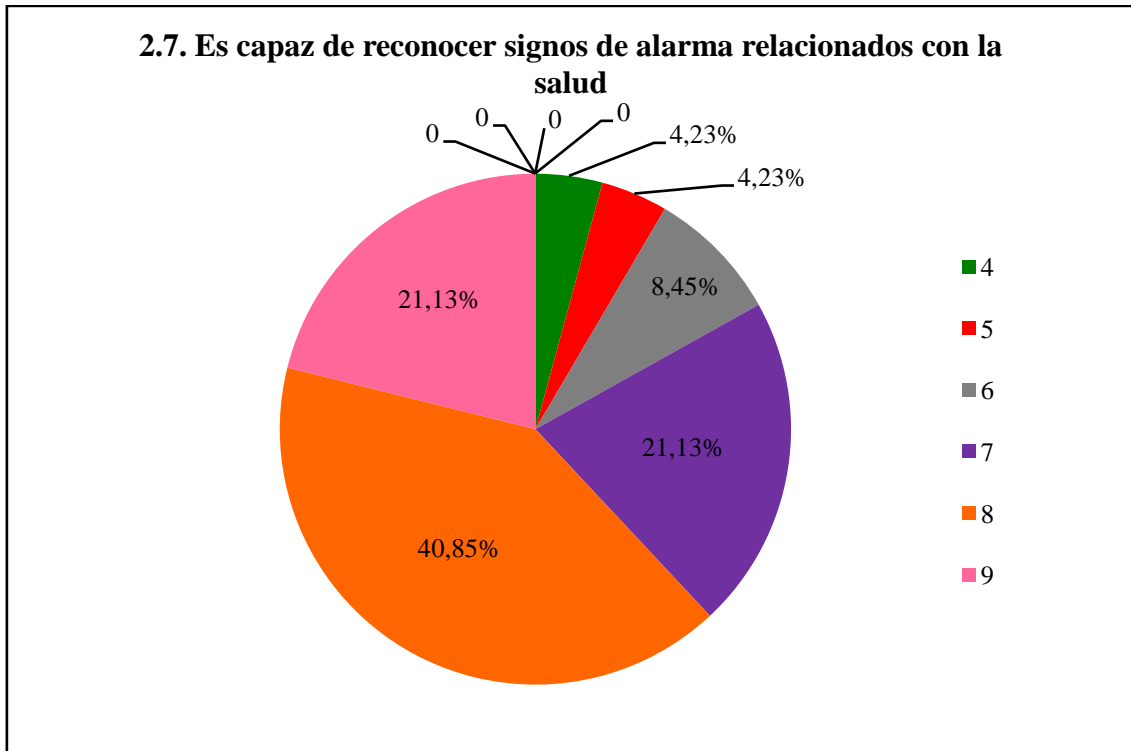


Gráfico 13: Cuestión 2.7. (elaboración propia)

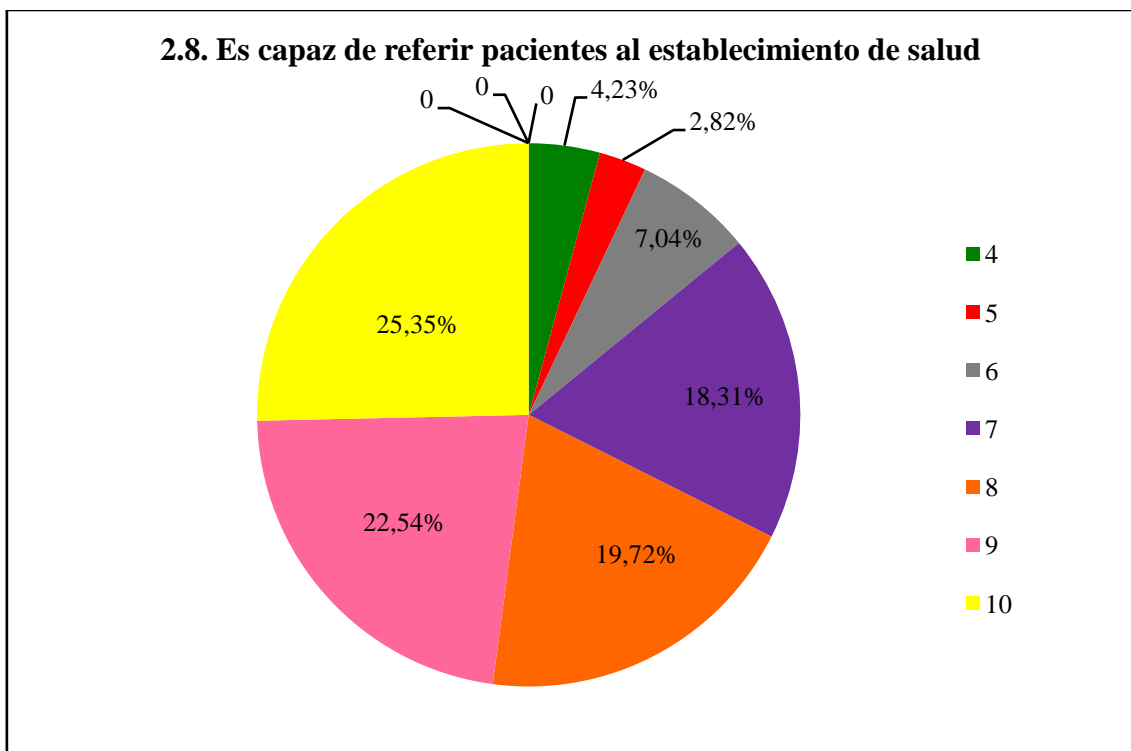


Gráfico 14: Cuestión 2.8. (elaboración propia)

5.3. Actitud como agente de salud

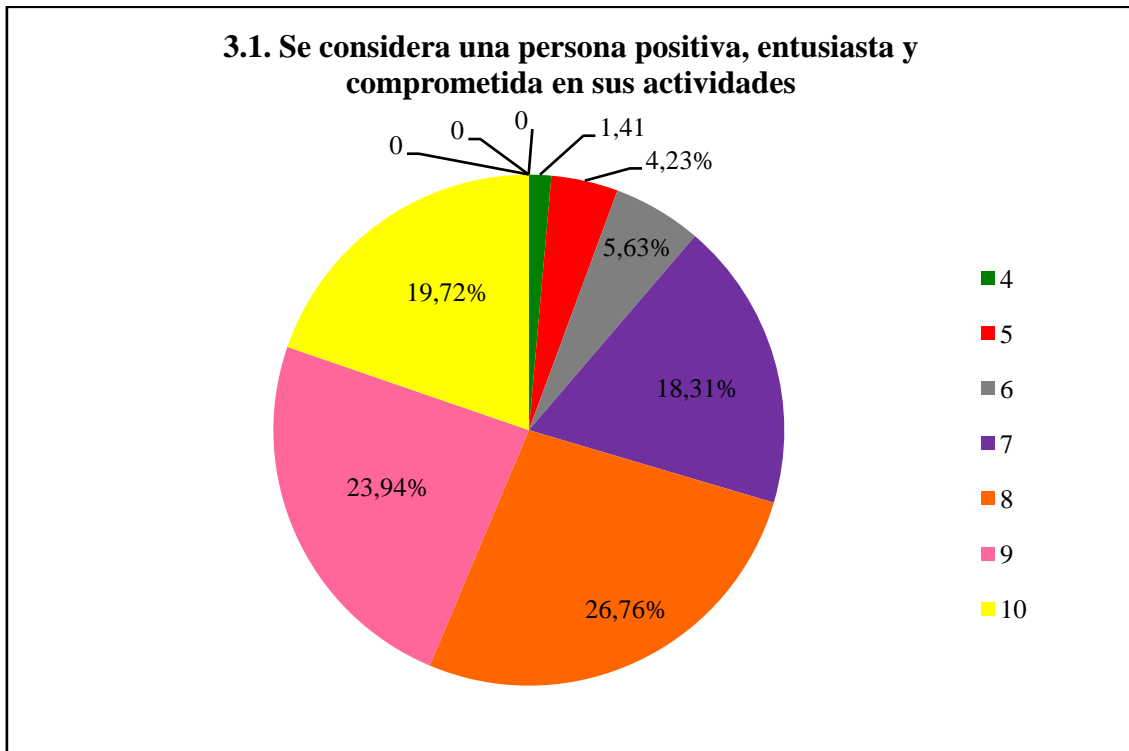


Gráfico 15: Cuestión 3.1. (elaboración propia)

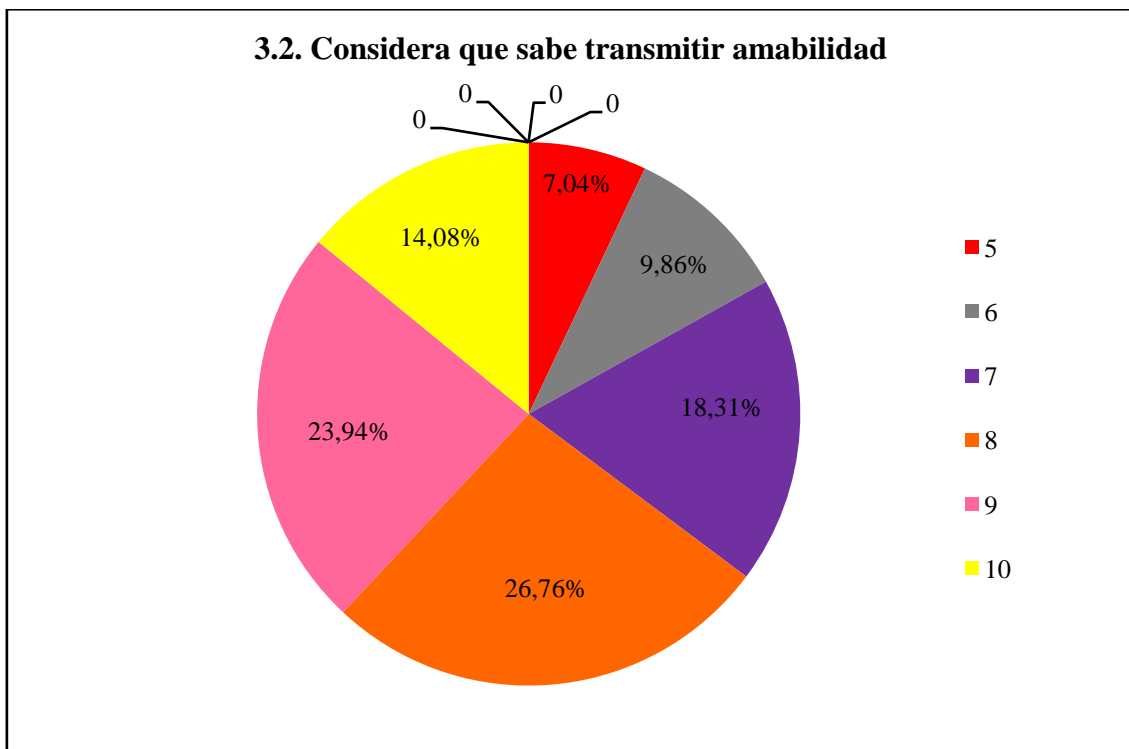


Gráfico 16: Cuestión 3.2. (elaboración propia)

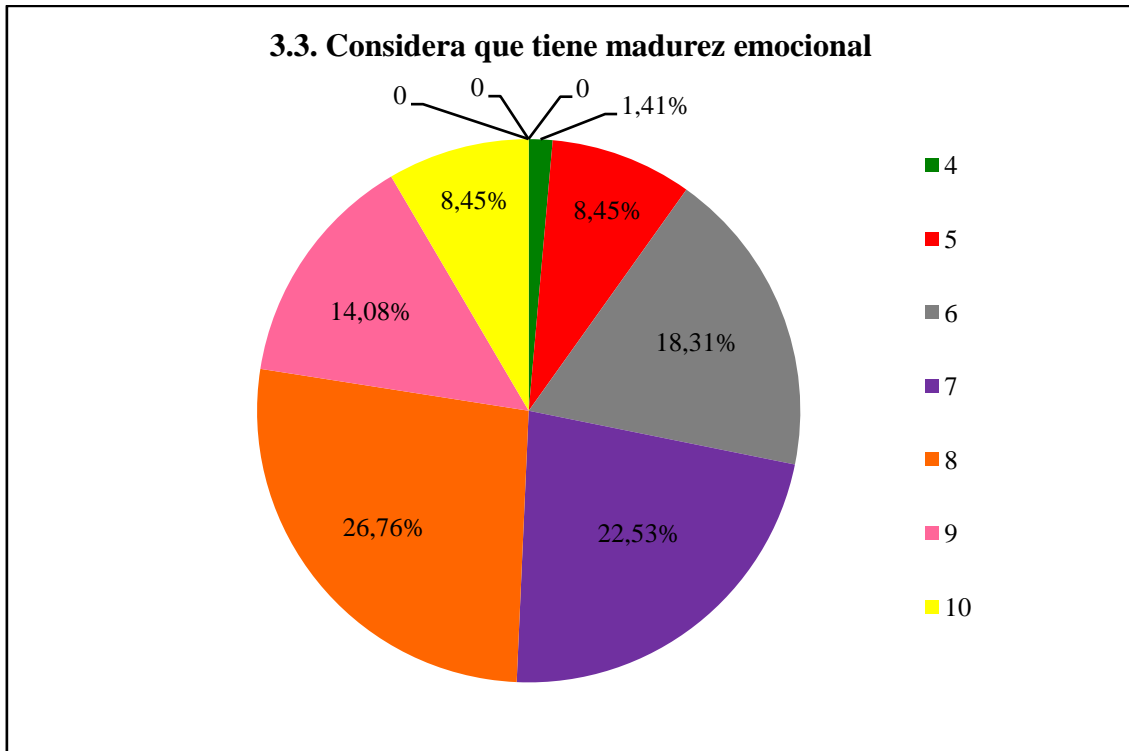


Gráfico 17: Cuestión 3.3. (elaboración propia)

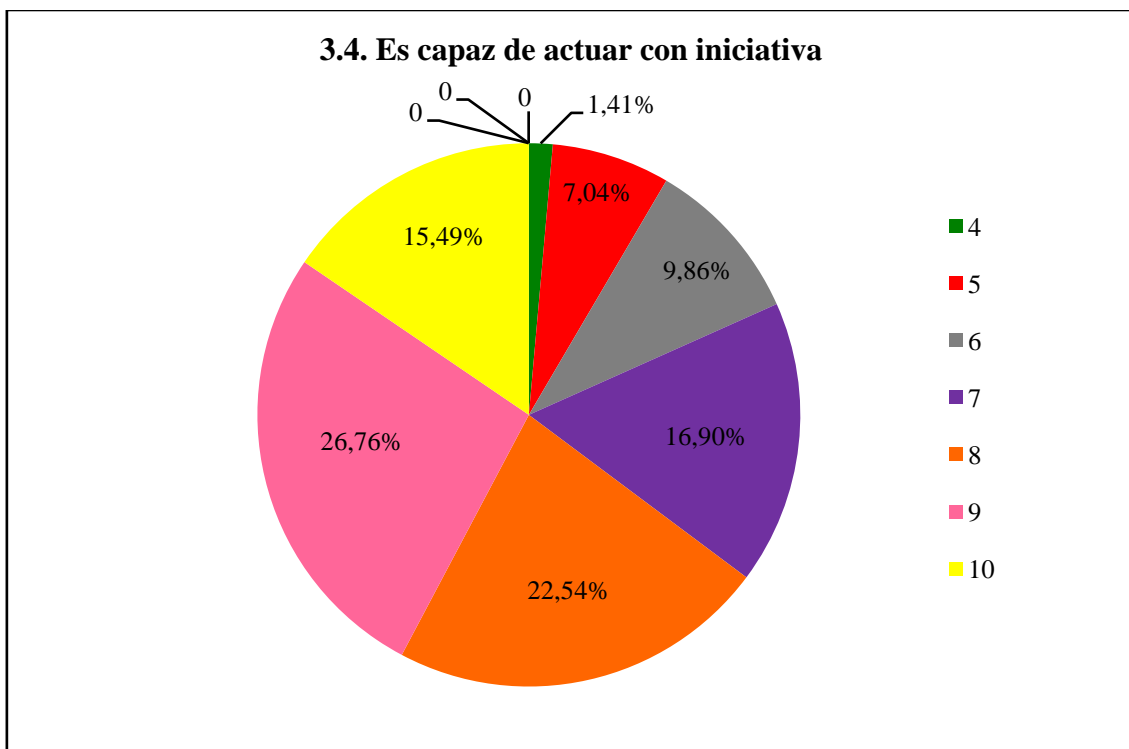


Gráfico 18: Cuestión 3.4. (elaboración propia)

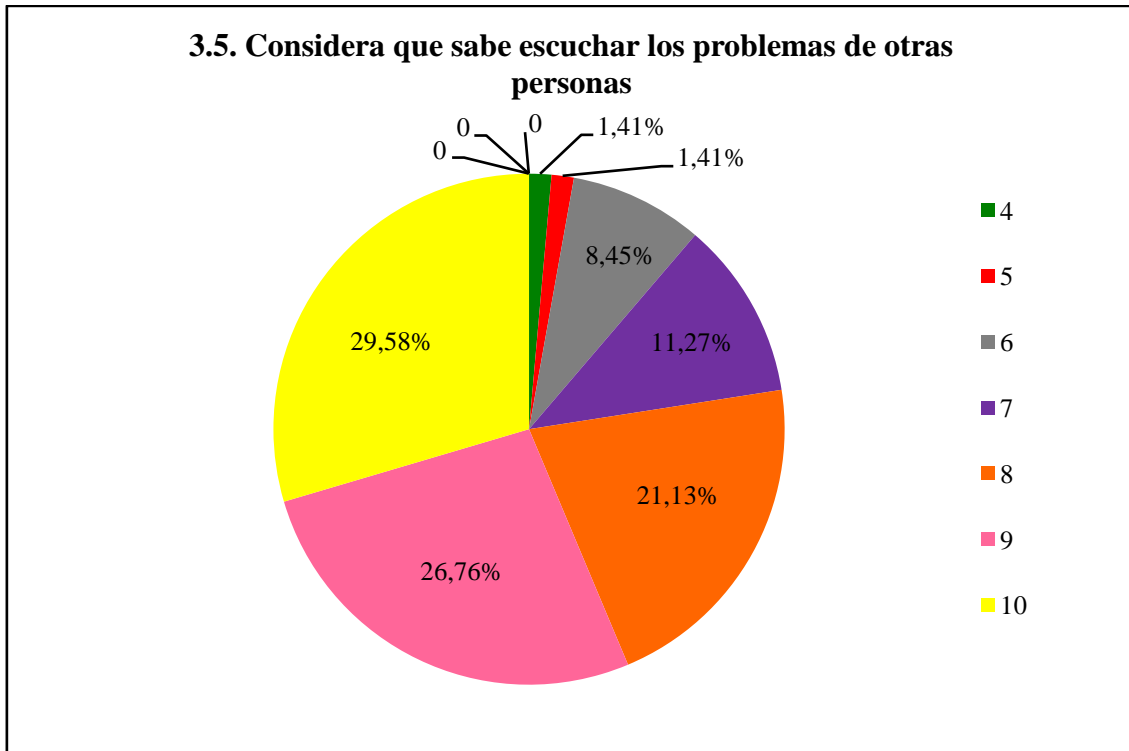


Gráfico 19: Cuestión 3.5. (elaboración propia)

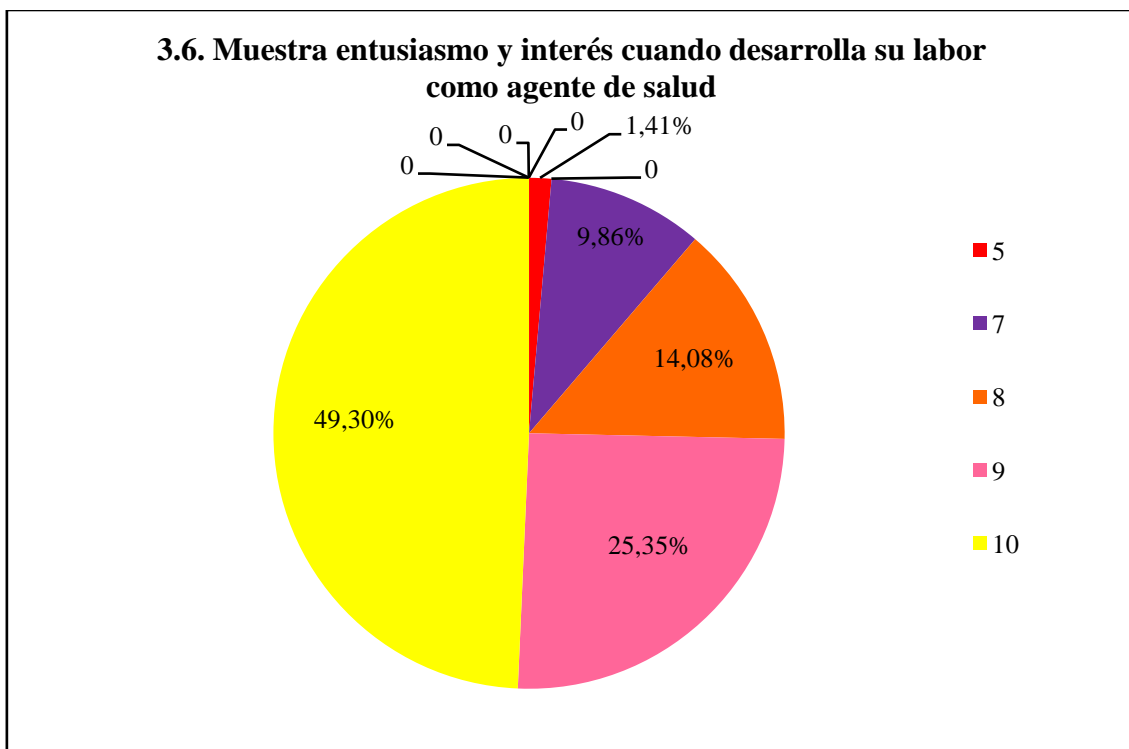


Gráfico 20: Cuestión 3.6. (elaboración propia)

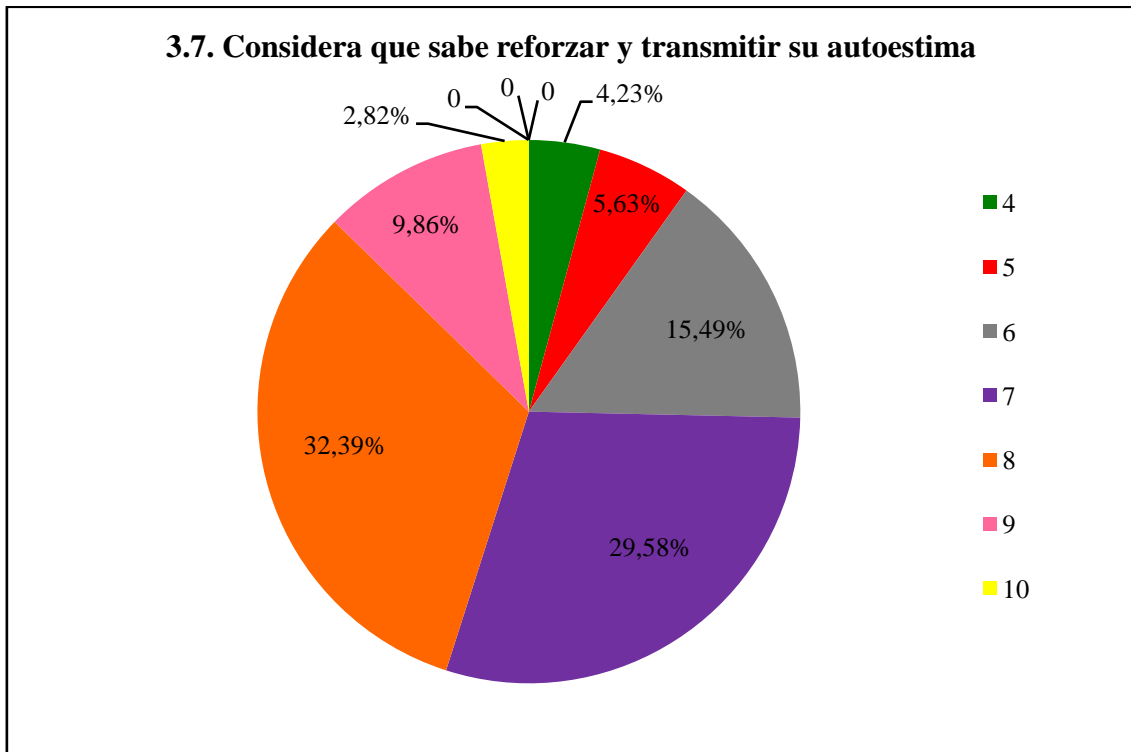


Gráfico 21: Cuestión 3.7. (elaboración propia)

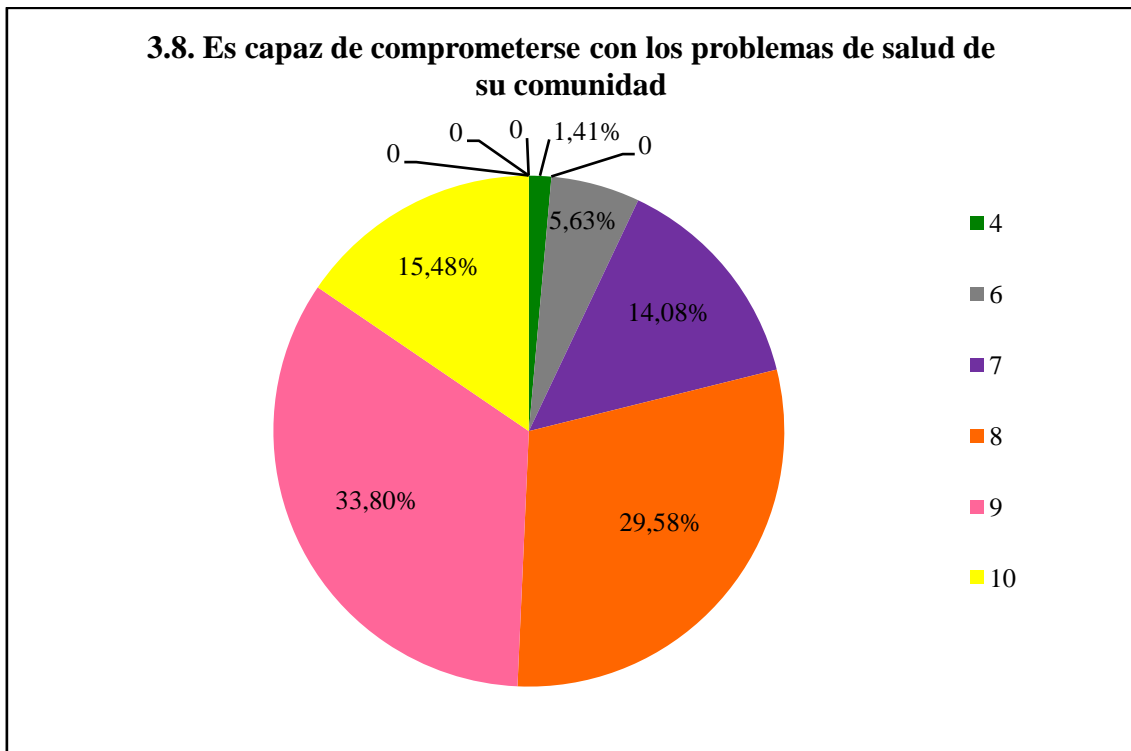


Gráfico 22: Cuestión 3.8. (elaboración propia)

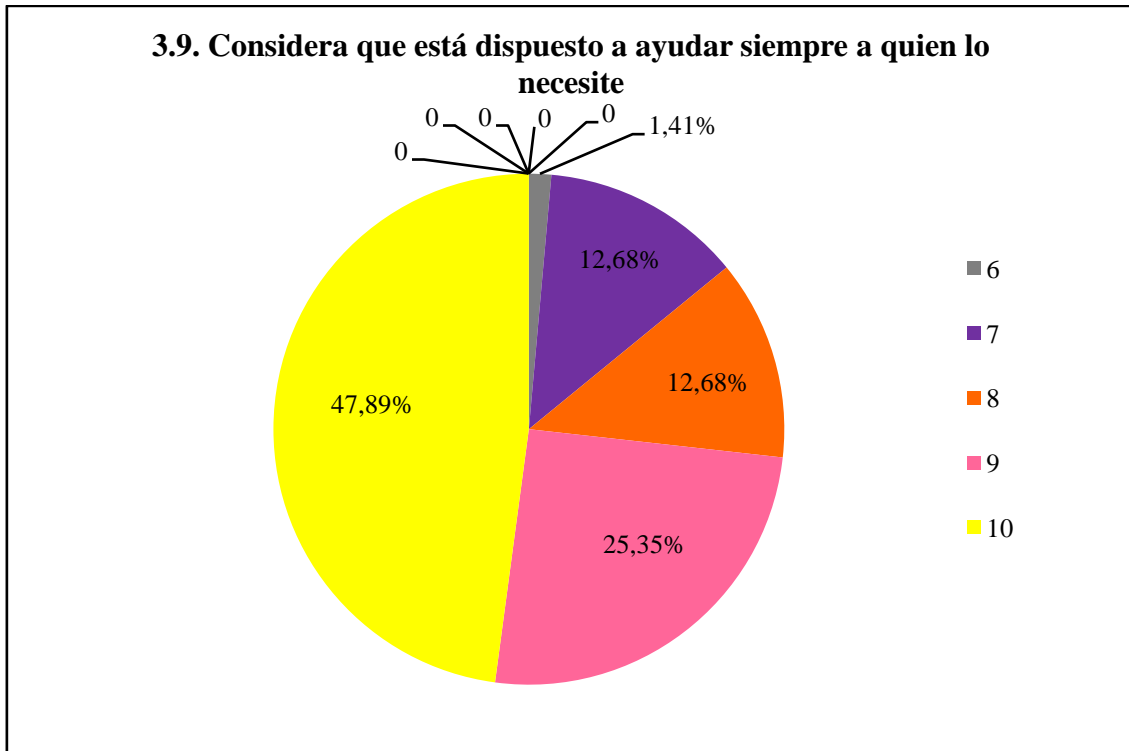


Gráfico 23: Cuestión 3.9. (elaboración propia)

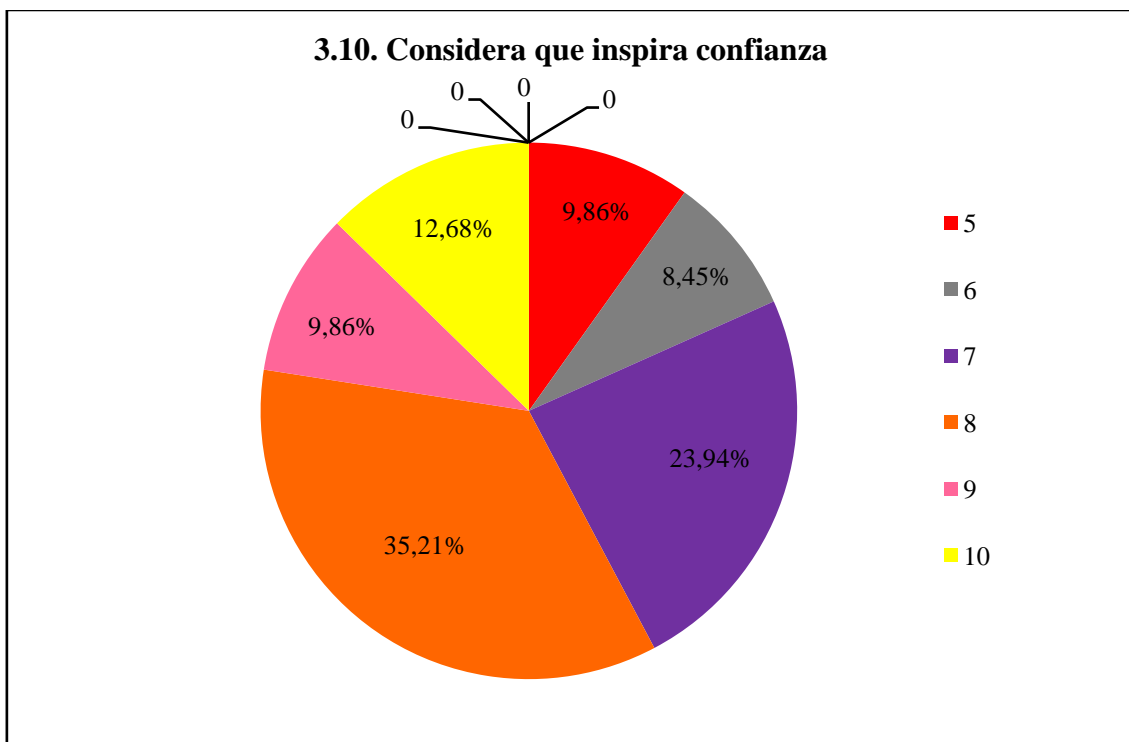


Gráfico 24: Cuestión 3.10. (elaboración propia)

5.4. Proyecto RIU

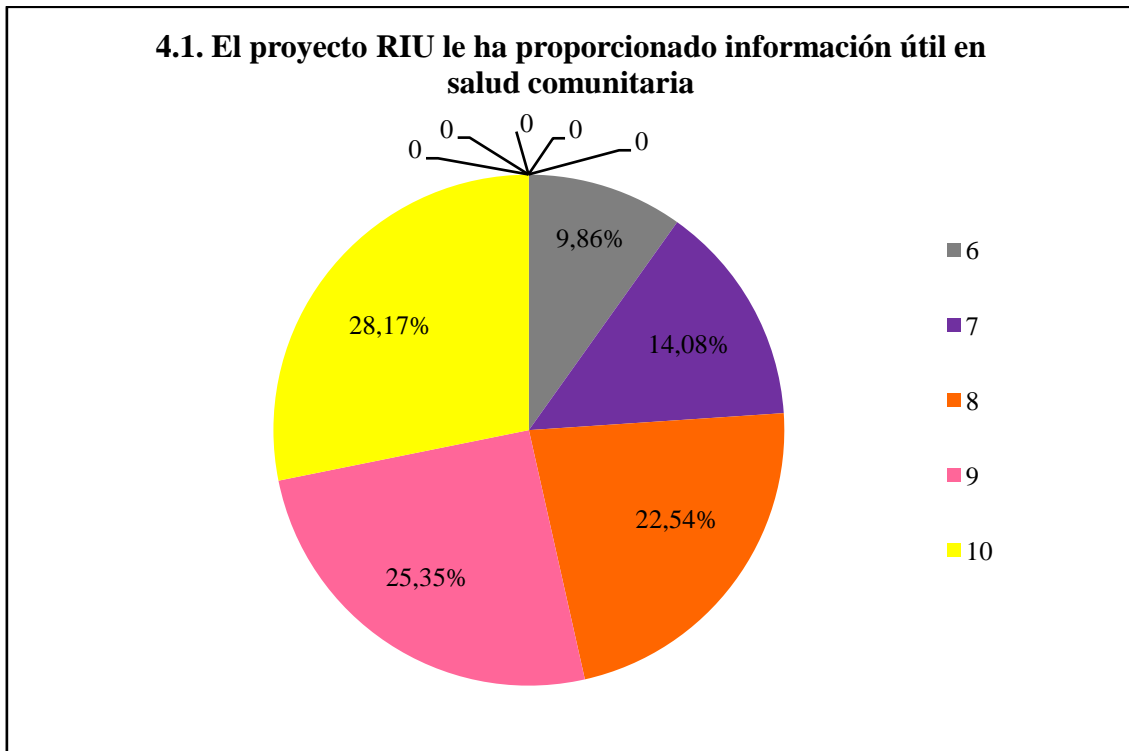


Gráfico 25: Cuestión 4.1. (elaboración propia)

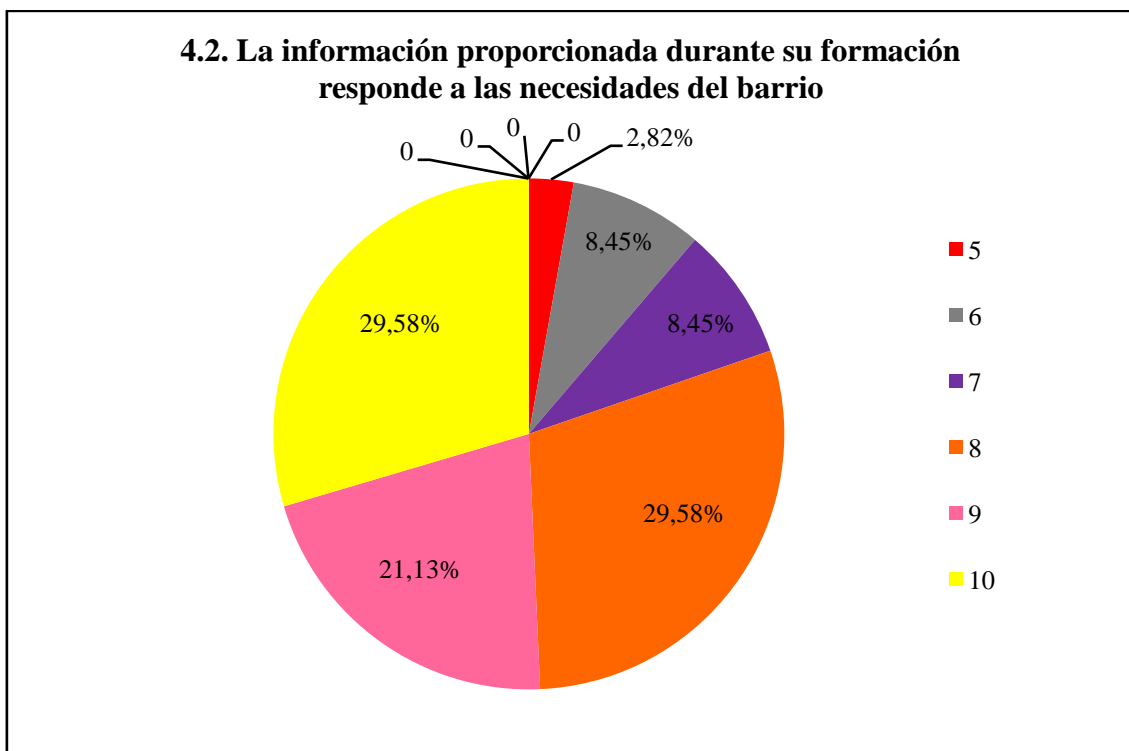


Gráfico 26: Cuestión 4.2. (elaboración propia)

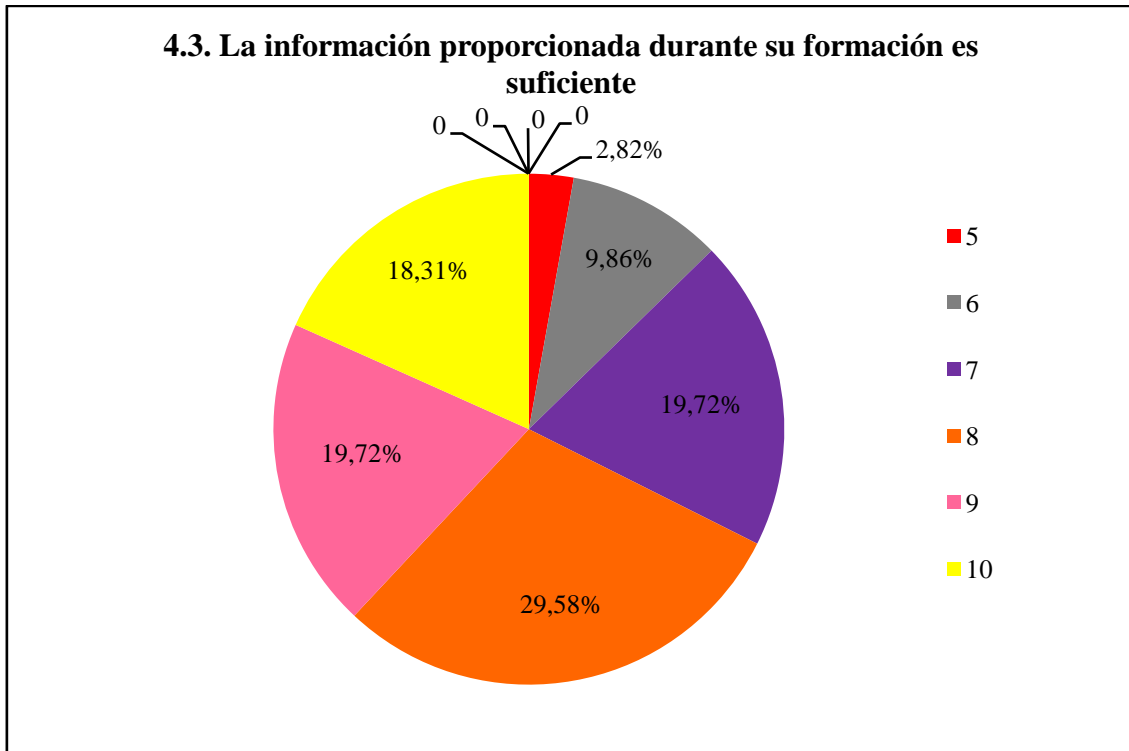


Gráfico 27: Cuestión 4.3. (elaboración propia)

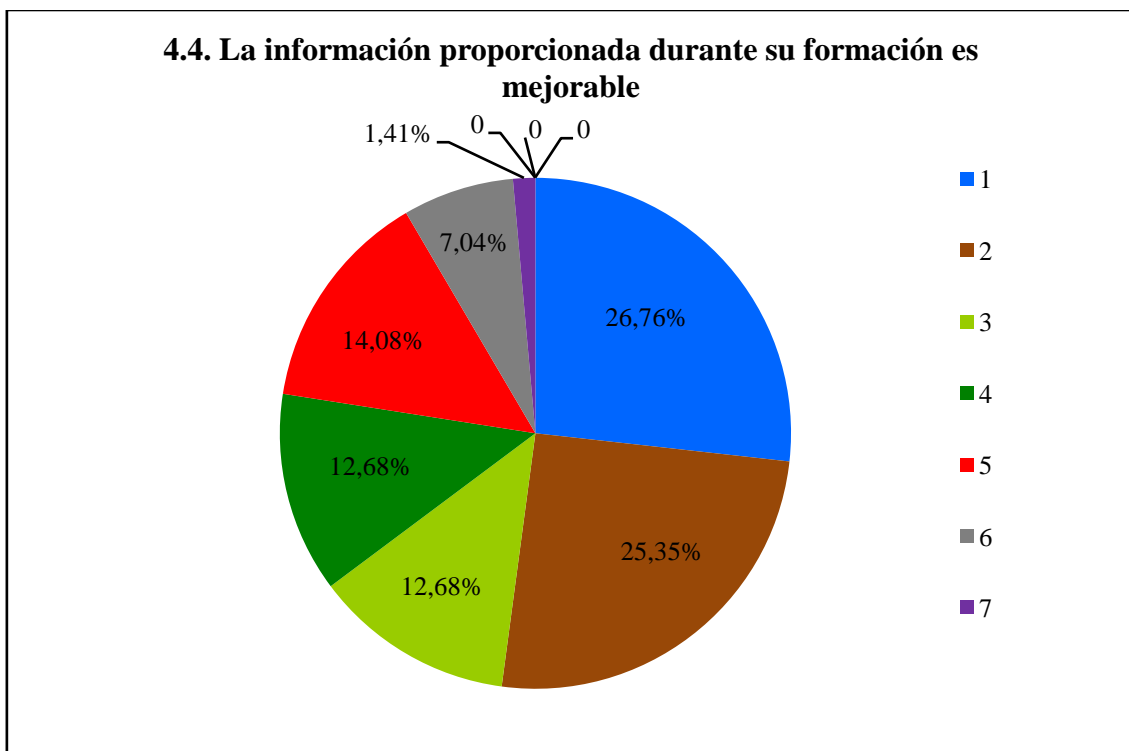


Gráfico 28: Cuestión 4.4. (elaboración propia)



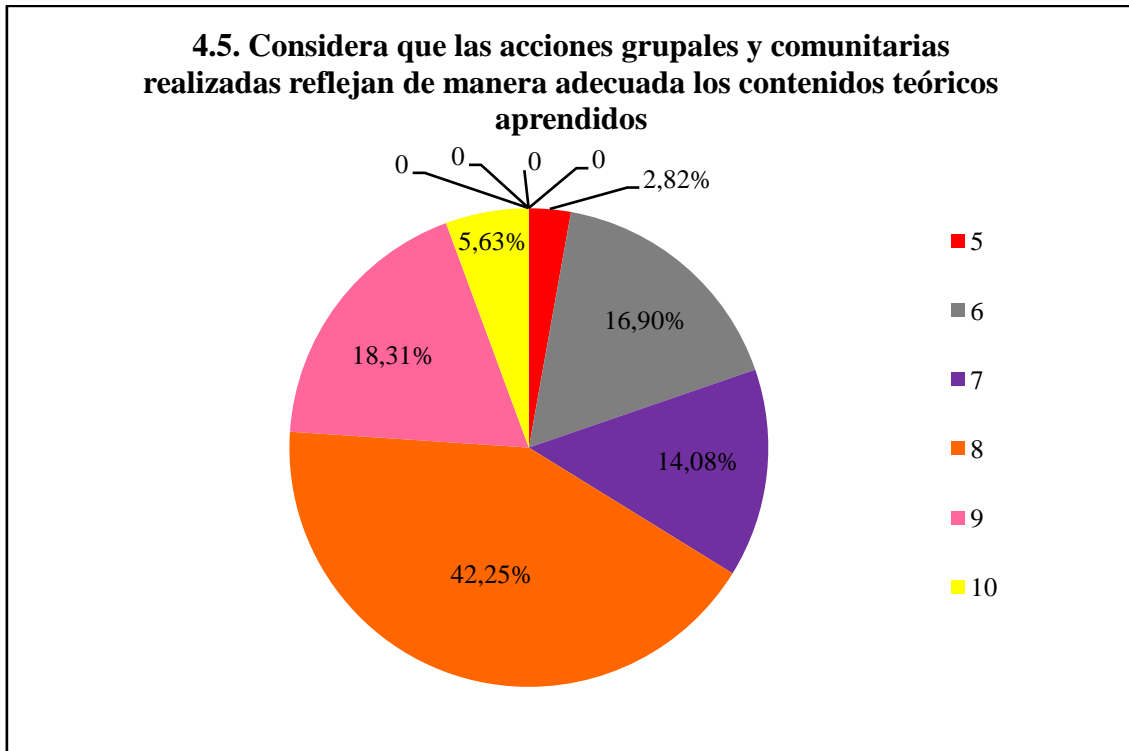


Gráfico 29: Cuestión 4.5. (elaboración propia)

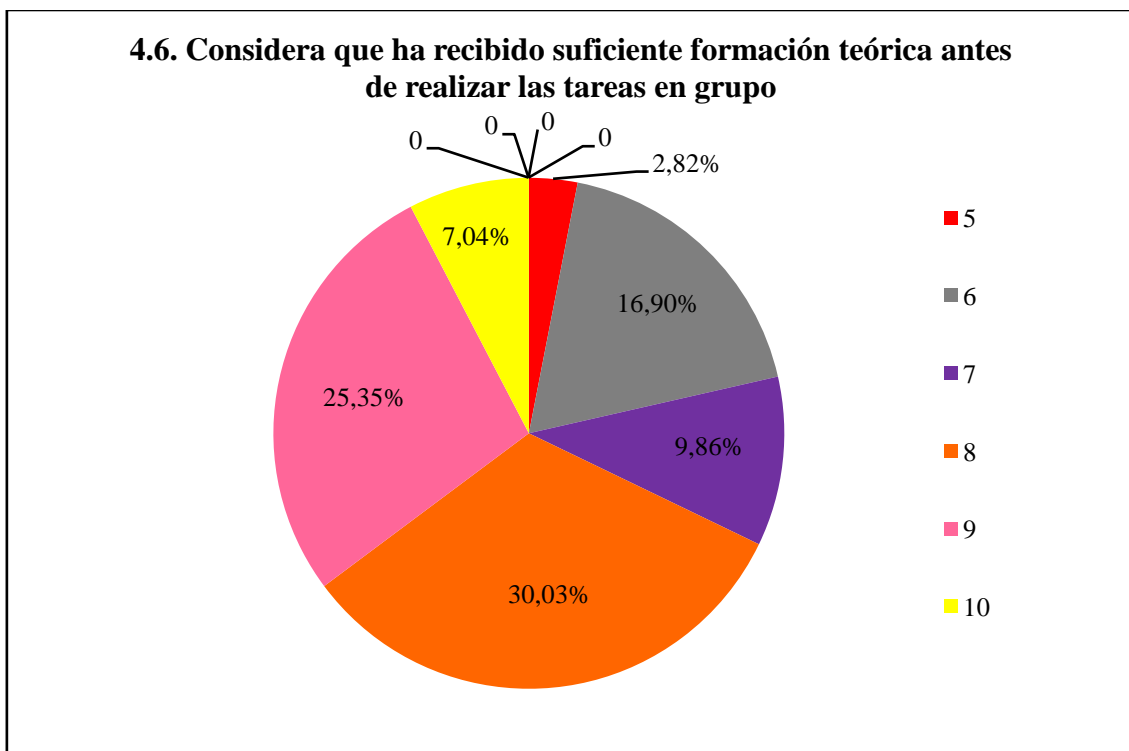


Gráfico 30: Cuestión 4.6. (elaboración propia)

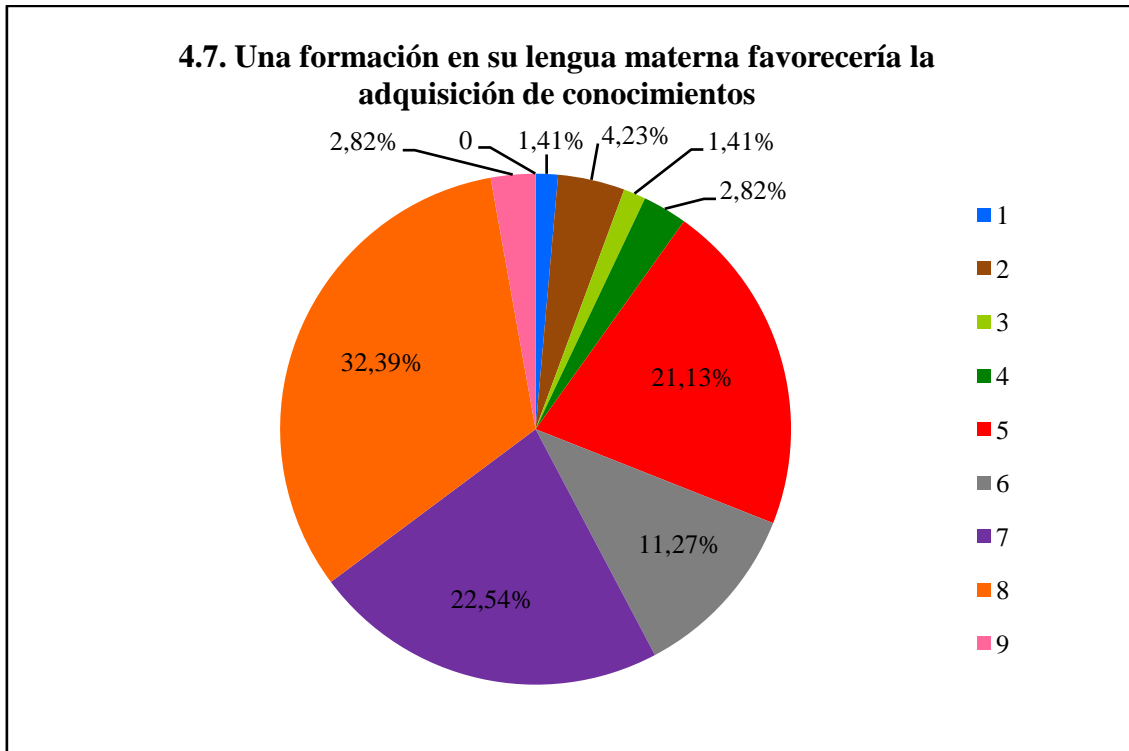


Gráfico 31: Cuestión 4.7. (elaboración propia)

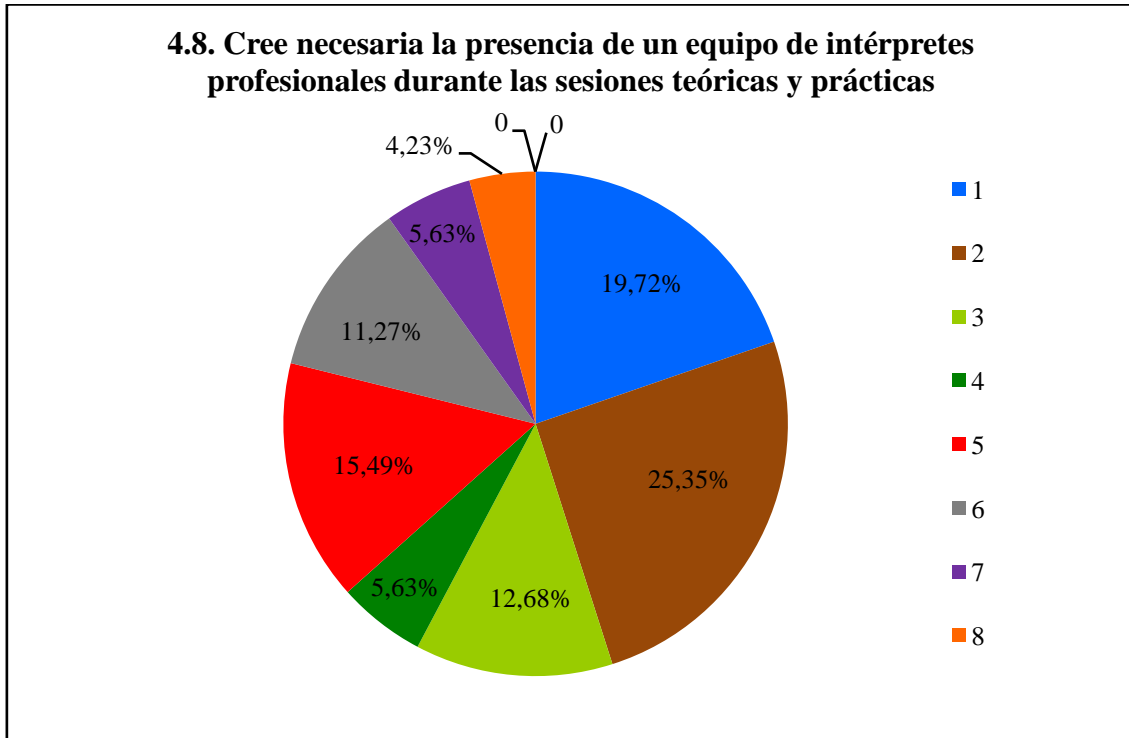


Gráfico 32: Cuestión 4.8. (elaboración propia)

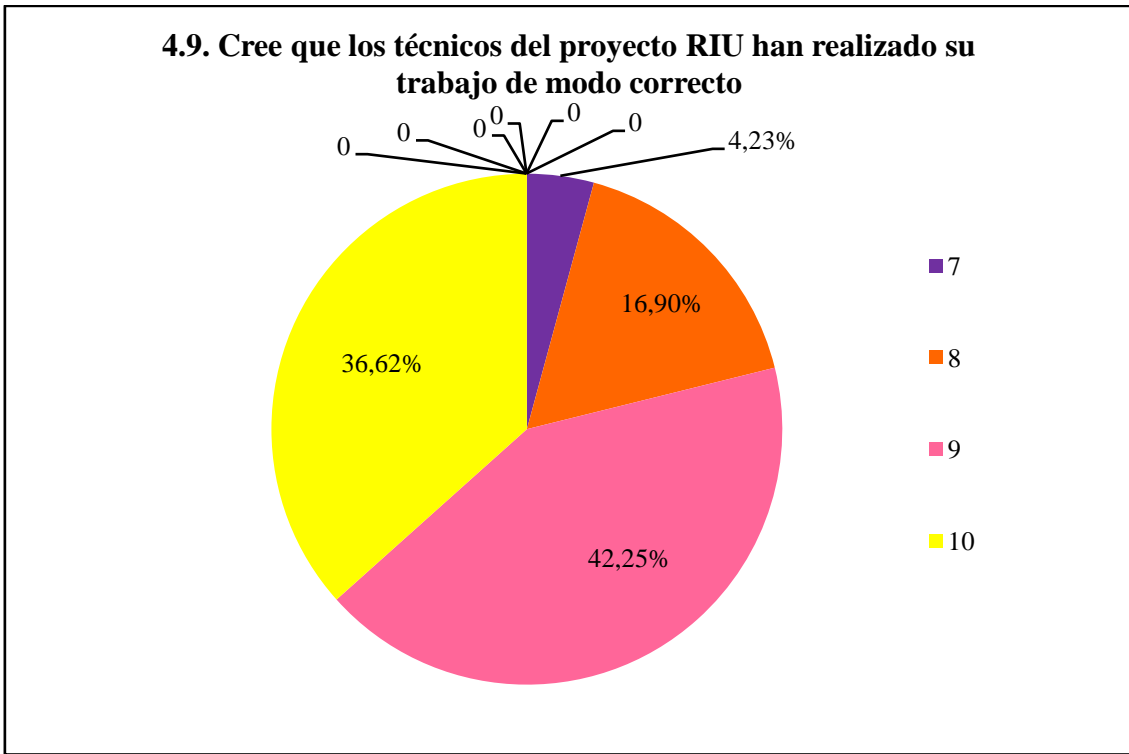


Gráfico 33: Cuestión 4.9. (elaboración propia)

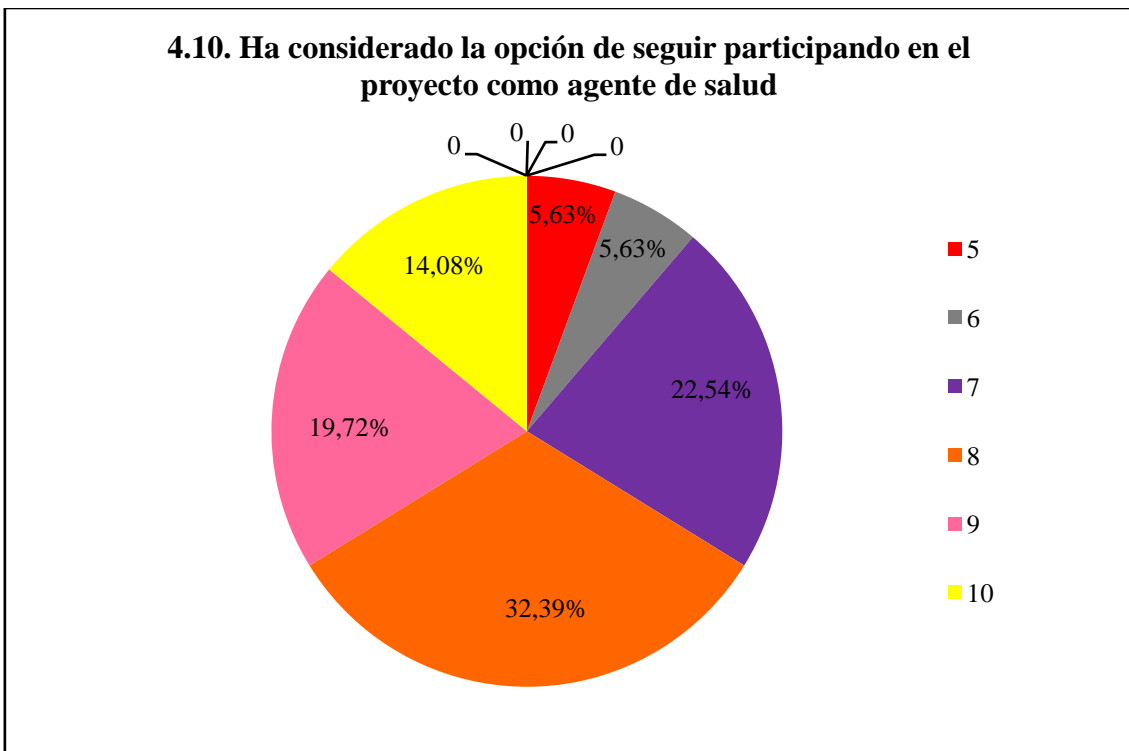


Gráfico 34: Cuestión 4.10. (elaboración propia)

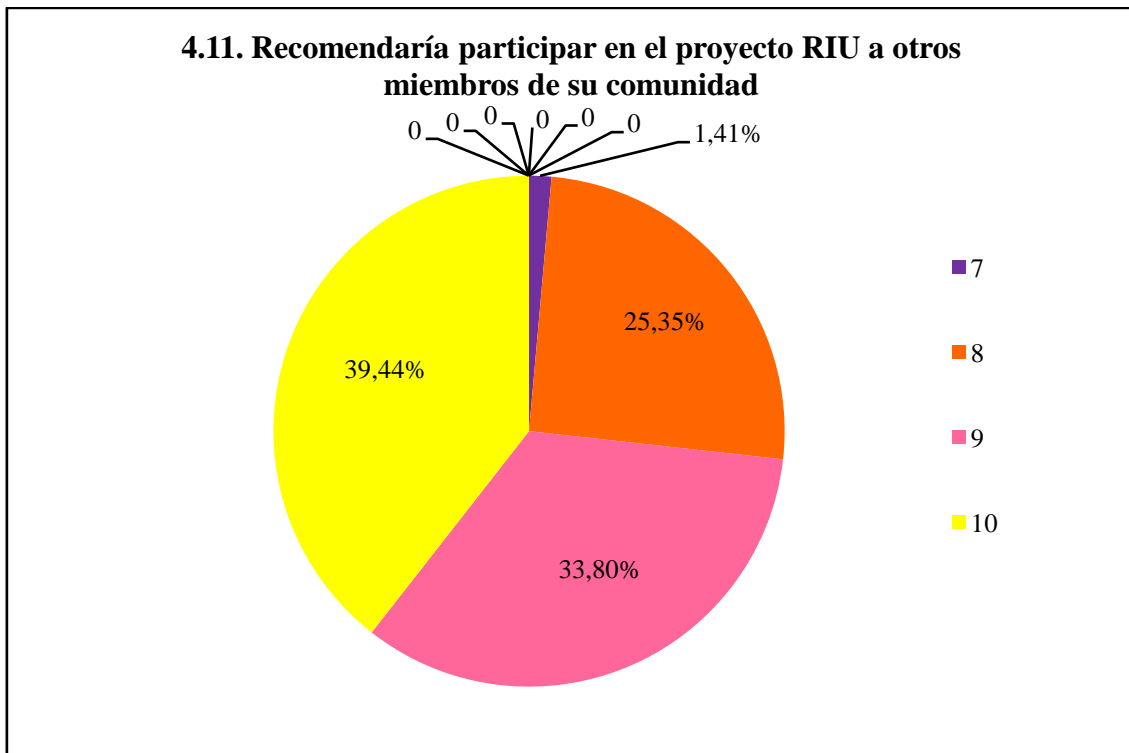


Gráfico 35: Cuestión 4.11. (elaboración propia)

## 6. POSIBLES MEJORAS EN EL PROYECTO RIU Y CONCLUSIONES

En este apartado daremos cuenta de las impresiones a las que hemos llegado tras analizar los resultados obtenidos a través de las encuestas y que se traducen en las posibles mejoras que, desde nuestro humilde punto de vista, podría adoptar el Proyecto RIU para ganar una mayor eficacia.

En primer lugar y en función con las encuestas relativas a los conocimientos adquiridos en tanto que ASBC, vemos que más de un 15 % (gráfico 1.2.) de los encuestados considera que no tiene facilidad para transmitir mensajes a una comunidad. Como bien podemos suponer, todo agente de salud de base comunitaria debe mostrar destreza y habilidad a la hora de desarrollar su función en un contexto comunicativo con comunidades en riesgo de exclusión.

Cabe destacar, tal y como hemos observado durante la recopilación de información, que en el proceso de selección de candidatos no se obliga a aquellos no hispanohablantes a presentar un certificado de nivel lingüístico en español. Si bien podemos pensar que los ASBC no requieren habilidades en español cuando se encuentran en un contexto comunitario, debemos recordar que las sesiones teóricas se realizan en español, por lo que unas competencias deficitarias en nuestra lengua pueden alterar la comprensión del mensaje y, por ende, su re-expresión por parte del agente de salud. Así pues, consideramos positivo el hecho de exigir cierto nivel en español para poder convertirse en ASBC.

Asimismo y en relación con las habilidades comunicativas de los agentes de salud, el gráfico 1.5. nos ofrece una visión no muy positiva de la opinión que tienen los encuestados acerca de sus conocimientos claros y prácticos de comunicación educativa grupal. Más de un 25 % considera que dicha habilidad es deficitaria en su caso. Consideramos que la capacidad de transmitir mensajes y conocimientos concretos en comunidad es un condición sine qua non para convertirse en un buen agente de salud de base comunitaria.

También nos gustaría señalar el amplio porcentaje de encuestados que se ven capaces de indicar a miembros de su comunidad que acudan a un centro de salud en caso de necesidad (gráfico 1.3.). Como bien podemos suponer, una función que debe cumplir

todo agente de salud cualificado es la de ser capaz de ejercer de puente, de contacto, entre el sistema nacional de salud y los colectivos más apartados de los programas de salud. Ejercer de contacto entre una comunidad concreta y el centro de salud más cercano obliga, a nuestro juicio, al agente de salud a aconsejar la asistencia a un centro sanitario a todo aquel que lo requiera. De lo contrario, consideramos que estará actuando de un modo negligente y en ningún caso como agente de salud de base comunitaria. Nos gustaría, por consiguiente, destacar la labor del Proyecto RIU en este caso.

Del mismo modo, los encuestados se consideran capaces de poder transmitir conocimientos sobre salud comunitaria (gráfico 1.6.), concretamente de aquella información correspondiente a los contenidos impartidos en las sesiones teóricas: salud sexual y reproductiva, nutrición, educación física, etc. Por tanto, podríamos considerar, siempre en base a la información extraída de la encuesta, que los agentes de salud formados por el Proyecto RIU han retenido la información aprehendida durante las sesiones teóricas.

En segundo lugar y en referencia con las encuestas relativas a las habilidades de los agentes de salud formados por el RIU, nos ha sorprendido el resultado obtenido en el gráfico 2.1., en el que casi un 40 % de los encuestados admite tener dificultades a la hora de registrar las acciones llevadas a cabo en tanto que ASBC. El hecho de supervisar y tener constancia de cada una de las acciones realizadas es de vital importancia, ya que de ese modo los responsables del proyecto pueden decidir las pertinentes modificaciones con el objetivo de mejorar las siguientes ediciones del RIU. No obstante, tenemos constancia de que los técnicos encargados de las sesiones teóricas hacen hincapié en la importancia de registrar estas acciones, si bien nos han indicado que no suelen recibir muchos informes de acciones por parte de los agentes de salud. Así pues, ¿cuál podría ser la solución a este problema? Podríamos recomendar una mayor concienciación de la importancia de tales registros o, en caso de disponer del instrumental necesario, crear una plataforma (formato Moodle o «Entorno Modular de Aprendizaje Dinámico Orientado a Objetivos», por ejemplo) de registro para que así los agentes de salud puedan comunicar sus acciones desde el mismo hogar y no verse obligados a acudir periódicamente al centro correspondiente.

Del mismo modo, hemos sentido la misma sorpresa al comprobar los resultados plasmados en el gráfico 2.3., en el que nada más y nada menos que un 65 % reconoce tener dificultades a la hora de manejar instrumentos de registro de familias que se encuentren en riesgo de exclusión social. Con «instrumentos de registro» entendemos todos aquellos recursos electrónicos que ayudan al agente de salud a tener registradas y supervisadas a las familias con riesgo de exclusión social. Desde nuestro punto de vista, se trata de una de las acciones más destacables que debe llevar a cabo todo ASBC, ya que además de transmitir información y de ejercer de vínculo entre el SNS y su comunidad, debe supervisar a las familias cuyo riesgo de exclusión social sea alarmante e informar de ello a quien corresponda. Recomendamos por consiguiente formar a los candidatos en el dominio de recursos de software de registro y de anotación de datos. Al igual que en el caso anterior, una plataforma Moodle sería de gran ayuda para los agentes de salud.

Asimismo, cabe destacar que los encuestados han reconocido no ser capaces de gestionar la información acerca de los recursos socio-sanitarios disponibles en su comunidad, tal y como se ve en el gráfico 2.4. De hecho, alrededor de un 60 % admite no saber coordinar dicha información, lo que equivale a determinar que más de la mitad de los encuestados no tiene formación en atención sociosanitaria. Según el artículo 14.1 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, la atención sociosanitaria comprende «*el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*». Así, como bien podemos imaginar, este tipo de formación resulta extremadamente relevante en el contexto social de nuestro país, un contexto marcado por una población cuyo envejecimiento progresivo comporta el padecimiento de patologías asociadas a poblaciones de edad avanzada (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer).

Por consiguiente, desde nuestro punto de vista y en base a los resultados obtenidos en las encuestas, consideramos que los candidatos a convertirse en ASBC deberían recibir formación en atención sociosanitaria. Para ello, creemos necesario prolongar el período de formación teórica.

Hemos optado por destacar también los resultados obtenidos en el gráfico 2.5., en el que vemos que casi una quinta parte de los encuestados reconocen tener dificultades a la hora de plantear alternativas de solución a los problemas derivados de una mala práctica en salud. Cabe recordar que una de las funciones de todo agente de salud cualificado es la de aconsejar en materia sanitaria además de ejercer de enlace entre las autoridades sanitarias y su comunidad, como ya hemos indicado anteriormente. Si bien la figura del ASBC nunca puede suplantar a la del facultativo sanitario, la formación recibida por parte del primero le debe permitir tomar decisiones y aconsejar en aquellos temas sanitarios que no puedan dar lugar a consecuencias negativas para la salud del usuario. Nos hemos propuesto en este caso ir más allá y considerar que el hecho por el que un agente de salud siente temor a la hora de dar consejos en materia de salud puede deberse a una falta de confianza en sí mismo a la hora de desempeñar su labor. Así pues, y tomando como referencia esta hipotética falta de confianza, consideramos que la formación como ASBC también debería incluir sesiones para mejorar y potenciar la autoconfianza.

En cuanto al gráfico 2.6., alrededor de un 18 % se ve con dificultades cuando se trata de ordenar y priorizar los problemas en el contexto de su comunidad. Si bien el porcentaje no es de los más significativos de los resultados obtenidos, hemos optado por comentar este gráfico para destacar la importancia de saber gestionar los posibles problemas que surjan en una comunidad. El agente de salud debe aprovechar su capacidad de liderazgo y su iniciativa para poder enfrentarse a cualquier problema que surja a su alrededor, además de clasificarlos en función de la gravedad que revistan y de proponer estrategias de resolución. De hecho, la capacidad gestora y resolutoria se incluye dentro de las funciones de todo ASBC, tal y como hemos comentado en el marco teórico del presente trabajo. Así pues, creemos que el Proyecto RIU debería fomentar en mayor medida la potenciación de dicha capacidad en cada uno de los candidatos a través de ejercicios prácticos, en los que los candidatos deban organizar diferentes problemas creados *ad*



*hoc* para este ejercicio y proponer estrategias de resolución. Asimismo, además de potenciar la gestión de problemas, los propios agentes en formación pueden conocer los métodos y estrategias presentes en el grupo y, por qué no, mejorar las propias progresivamente.

En tercer lugar y tomando como referencia los gráficos correspondientes a las preguntas acerca de la actitud de los agentes de salud, nos gustaría destacar en términos generales nuestra sorpresa ante resultados positivos obtenidos en cada una de las cuestiones. Si bien algunas de las respuestas son negativas, el porcentaje que estas representan no es significativo desde nuestro punto de vista.

No obstante y a pesar de tener escasa relevancia, nos gustaría destacar lo negativo de las respuestas de algunos encuestados en referencia con las cuestiones 3.3. y 3.4., respectivamente. Por un lado, consideramos de interés abordar el término de «madurez emocional», según el modelo de Goleman (1996), consiste en:

1. Conocer las propias emociones: se trata de tener conciencia de las propias emociones, de reconocer un sentimiento en el momento en el que este ocurre. Una incapacidad en este sentido deja al individuo totalmente a merced de las emociones incontroladas. Como bien podemos imaginar, un agente de salud, en tanto que mediador en contextos desfavorables, debe conocer en todo momento sus emociones para poder ejercer su rol sin interferencias emocionales.
2. Manejar las emociones: la habilidad que permite a un individuo manejar los propios sentimientos a fin de poder expresarlos forma apropiada se fundamenta en la concienciación acerca de las propias emociones. El agente de salud no puede explicitar sentimientos de indignación, ira, etc. cuando se enfrenta a situaciones marcadas por la injusticia. Así, la habilidad para suavizar expresiones irritabilidad es fundamental en las relaciones interpersonales.
3. Motivarse a sí mismo: Goleman (*ibídem*) considera que una emoción tiende a impulsar hacia una acción. Por consiguiente, emoción y motivación están íntimamente interrelacionados. Siguiendo en esta línea, encaminar las emociones, así como la motivación consecuente, hacia el logro de objetivos es esencial para prestar atención, auto-motivarse, manejarse y realizar cualquier

actividad de ayuda. Esta habilidad le permite a un agente de salud a ser más productivo y efectivo en las actividades que lleva a cabo.

4. Reconocer las emociones ajenas: si debiéramos destacar un requisito de gran importancia en todo ASBC, este sería sin lugar a dudas la empatía, la cual tiene su origen en el conocimiento de las propias emociones. La empatía es la base del altruismo. Un agente de salud cuya empatía sea destacable sintonizará, a nuestro juicio, mejor con las señales que indican la necesidad o el deseo ajeno. Además de para el agente de salud, esta cualidad puede ser gran ayuda para otros roles y profesionales, como por ejemplo la docencia, la psicología, la medicina, etc.
5. Establecer relaciones: la habilidad de establecer buenas relaciones con otros individuos es, en gran medida, la habilidad de manejar las emociones de los demás. La competencia social y las habilidades que conlleva son la base del liderazgo, popularidad y eficiencia interpersonal. Goleman considera que las personas que dominan estas habilidades sociales son capaces de interactuar de forma suave y efectiva con los demás. No es difícil suponer cuán importante es para todo ASBC saber interactuar y socializarse.

Por otra parte, en lo concerniente a la cuestión 3.4., cerca de un 10 % de los encuestados consideran que no son capaces de actuar con iniciativa. Puig y Martín (2007: 13), al describir el término «iniciativa», pretenden destacar la relevancia de este, puesto que uno de los aspectos clave de dicha competencia es la habilidad de poder transformar las ideas en acciones. Por consiguiente, tener iniciativa implica proponerse objetivos, así como planificar y realizar proyectos. El término «personal» implica, como es de suponer, que es propio y que, en consecuencia, depende de uno mismo. Si unimos ambos conceptos, llegamos al de «iniciativa personal», definida como la autoconfianza en la acción, lo cual requiere, entre otros, reflexión individual y aumento de la responsabilidad tanto en el ámbito personal, como en el social o laboral.

En cuarto y último lugar, analizamos los resultados obtenidos en las preguntas referentes a la opinión de ASBC acerca del Proyecto RIU. Al igual que en las cuestiones concernientes a la actitud en tanto que agentes de salud, los resultados obtenidos reflejan una opinión positiva en términos generales, si bien hemos optado por comentar algunas excepciones, sobre todo en aquellas cuestiones lingüísticas. De hecho, si

observamos el gráfico referente a la cuestión 4.7., más de un 50 % de los encuestados reconoce que una formación en su lengua materna favorecería aún más la adquisición de conocimientos. Podemos suponer, a nuestro juicio, que es lógico que los candidatos prefieran recibir la formación teórica en su lengua materna, ya que en un contexto así se sentirían más cómodos y favorecerían la adquisición de conocimientos. De hecho, Montes Granado (2000: 62) defiende que el uso de la lengua materna en el ámbito académico es de gran utilidad cuando el estudiante (candidato a convertirse en ASBC en nuestro caso) precisa de realizar una aclaración o bien para poder dar su opinión personal. Sin embargo, también podemos abordar este debate con la consideración de que un inmigrante debe aprender el idioma del lugar de destino para así lograr la inserción en la sociedad de acogida, si bien esta postura suele ser adoptada por sectores extremistas de la sociedad que no observan sino conductas rupturistas.

Así pues, aunque nuestro objetivo dista mucho de provocar debates polémicos e irresolubles, consideramos que el Proyecto RIU debería exigir un determinado nivel de español a los candidatos para así asegurarse de que la información teórica transmitida en las sesiones sea asimilada a la perfección por parte de los candidatos. De lo contrario, existe la posibilidad de que no todos los asistentes a las sesiones comprendan y procesen por igual la información recibida. Por consiguiente, persiguiendo dos objetivos: a) evitar caer en debates sociolingüísticos; y b) asegurar una transmisión idónea de la información; recomendamos, desde nuestro humilde punto de vista, a los responsables del Proyecto RIU exigir como requisito para acceder al proyecto un mínimo conocimiento en lengua española.

Siguiendo con la esta línea de cuestiones lingüísticas, hemos preguntado a los encuestados si creen necesaria la presencia de un equipo de intérpretes profesionales durante las sesiones teóricas y prácticas. Como bien hemos podido observar en el apartado de resultados, más de un tercio de los encuestados sí lo cree necesario. Vista la falta de requisitos lingüísticos a la hora de participar en el programa, consideramos que un equipo de intérpretes (profesionales, no *ad hoc*) sería idóneo para superar la barrera del idioma. Por motivos que no vamos a explicitar por cuestiones de espacio, no cabe duda de que la modalidad interpretativa más idónea en este caso sería la consecutiva.

No obstante y a pesar de superar la barrera lingüística en caso de implantar un equipo de intérpretes, la duración de las sesiones se vería afectada, ya que uno de los principales inconvenientes de la interpretación consecutiva es la duración del acto comunicativo en que se recurre a esta modalidad (el intérprete debe esperar a que el emisor haya realizado su aportación para poder ofrecer la re-expresión del mensaje original). Por consiguiente, la solución ideal en este caso sería encontrar el modo de poder transmitir (correctamente) la máxima cantidad de información en el tiempo estrictamente necesario. Por otro lado, contar con una plantilla de intérpretes obligaría a la organización a destinar una partida considerable del presupuesto anual para este propósito, es decir, aumentar la calidad de la transmisión de la información implicaría aumentar la financiación del proyecto. Así pues, consideramos que el Proyecto RIU, en caso de contar con un mayor presupuesto, debería proporcionar un servicio de interpretación para que los candidatos puedan comprender y procesar la información recibida, una información que, al fin y al cabo, constituye la base de su formación en tanto que agentes de salud de base comunitaria.

También nos gustaría destacar el carácter positivo de las respuestas de los encuestados a las cuestiones 4.9., 4.10. y 4.11., respectivamente. Una gran parte de los agentes de salud encuestados, superando en ocasiones el 75 %, consideran que la actuación de los coordinadores y técnicos del proyecto ha sido correcta, no dudarían a la hora de seguir participando en el proyecto RIU formando a nuevos agentes y recomendarían a otros formar parte de esta iniciativa.

Por último y dejando de lado los gráficos relativos a las preguntas de la encuesta, no podemos negar nuestra sorpresa al comprobar la considerable cantidad de errores ortográficos y gramaticales que hemos hallado en el dossier de la primera unidad teórica, facilitado por el proyecto RIU. Desde nuestro punto de vista, cuando se incurre en este tipo de errores el autor o autores del texto en cuestión están transmitiendo o bien una falta de formación básica en lengua (español en este caso), o bien una falta de respeto hacia el destinatario de dicho texto al no haber dedicado el tiempo que se merece para ofrecerle escrito correctamente. Asimismo, creemos que al proporcionar un texto con errores se transmite una imagen de falta de pulcritud y de dejadez en el trabajo. Por consiguiente, recomendamos a los responsables del proyecto RIU cuidar su

escritura, para lo cual existen hoy en día infinitos recursos y aplicaciones, para mejorar si cabe la imagen del RIU.

Para finalizar con este apartado de posibles mejoras, hemos decidido agrupar nuestras aportaciones en una tabla para una mejor visualización y a modo de resumen. Reiteramos, tal y como ya hemos anunciado anteriormente, que estas recomendaciones no son en ningún momento de estricto cumplimiento, sino que responden a un punto de vista que podría diferir del de otros.

<b>Posibles mejoras en el Proyecto RIU</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Exigir un mínimo conocimiento en lengua española para poder participar en el proyecto.</li><li>• Fomentar la formación en comunicación educativa grupal.</li><li>• Concienciar acerca de la importancia de registrar las acciones llevadas a cabo como agente de salud.</li><li>• Crear una plataforma Moodle para los agentes de salud ya formados.</li><li>• Aumentar la formación en atención sociosanitaria.</li><li>• Incluir sesiones para mejorar y potenciar la autoconfianza.</li><li>• Potenciar la capacidad de gestión y resolución de problemas.</li><li>• Proporcionar un servicio de intérpretes profesionales (siempre y cuando se cuente con un aumento de la financiación).</li><li>• Cuidar la escritura en los documentos que constituirán la formación teórica de los candidatos.</li></ul>

**Tabla 3: Posibles mejoras en el Proyecto RIU (elaboración propia)**

## 7. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En este trabajo de final de máster hemos pretendido plasmar las características de un perfil interesante a nuestro juicio, el del agente de salud de base comunitaria. Asimismo, nos hemos planteado adentrarnos en el organigrama y descubrir el funcionamiento de un programa de formación de ASBC a nivel local, el Proyecto RIU, implantado desde finales de los años 2000 hasta hoy en día en los municipios de Algemesí y Alzira (*Comunitat Valenciana*).

Durante nuestra formación académica a lo largo de este Máster de Traducción medicosanitaria de la Universitat Jaume I, hemos podido introducirnos en el mundo de la interpretación en el mundo sanitario, el cual ha despertado en nosotros una curiosidad por explorar otras técnicas de mediación en el contexto del sistema nacional de salud. De hecho y tal y como hemos comprobado en el presente trabajo, la interpretación lingüística no es la única técnica propia de la mediación sanitaria, ya que también podemos hablar de la mediación comunitaria.

Por consiguiente, consideramos que los conceptos de traducción e interpretación pueden ser concebidos desde un punto de vista más amplio y distinto al lingüístico y adoptar una perspectiva cultural. Asimismo, no debemos cometer el error de contemplar una concepción que se reduzca a la mediación en un contexto interlingüístico e intercultural, sino que podemos, y de hecho recomendamos, ir más allá y abordar esta cuestión desde una perspectiva intralingüística e intracultural, es decir, entre miembros de una misma sociedad y con una lengua en común, y que afecta a diferentes registros y ámbitos dentro de un mismo sistema cultural. Es en este punto donde surge el concepto de «desigualdad» en salud, el cual es una realidad en nuestro sistema social tal y como hemos comprobado a lo largo de estudio llevado a cabo para el presente trabajo.

Del mismo modo que la mediación no se limita al plano lingüístico, los protagonistas, aquellos que verdaderamente hacen posible que exista la mediación en el contexto sanitario, no son únicamente profesionales con formación académica superior (mediadores e intérpretes) los que se dedican a tal menester. Durante la recopilación de material bibliográfico hemos descubierto que existe una figura que ha permanecido en la sombra durante muchos años: el agente de salud de base comunitaria.

El agente de salud es todo aquel individuo perteneciente a un colectivo social concreto que ha recibido formación específica para poder ejercer de puente entre el sistema nacional de salud y todos aquellos miembros de su comunidad que por diversos motivos no pueden acceder a los programas de salud pública. Para ello, debe cumplir con una serie de requisitos y recibir una formación teórico-práctica llevada a cabo por profesionales. De ello se encarga el Proyecto RIU, objeto de estudio principal en este trabajo.

Después de analizar pormenorizadamente la estructura y la metodología de trabajo de este proyecto y de realizar encuestas a los agentes ya formados para comprobar la eficiencia de la formación teórica y práctica recibida, hemos planteado una serie de posibles mejoras desde nuestro punto de vista para el Proyecto RIU (cabe destacar que hemos contado en todo momento con su visto bueno). Asimismo, durante la investigación llevada a cabo y tras analizar los resultados obtenidos a través de las encuestas, consideramos que podemos confirmar las dos de hipótesis planteadas al inicio de este trabajo (apartado 1.4.), a saber:

- 1) *Los agentes de salud de base comunitaria son una figura necesaria en el ámbito de la mediación sanitaria en tanto que puente entre el sistema de salud y los colectivos más desfavorecidos de la sociedad.*

Durante la fase de recopilación de datos acerca del Proyecto RIU hemos observado en primera persona la situación de varios colectivos de etnia gitana y rumana de etnia gitana en el barrio de la Alquerieta de Alzira, unos colectivos que por distintos motivos, ya indicados anteriormente, no tienen acceso a los programas de salud pública de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana. Ante esta situación de completa e injusta desigualdad, los creadores del RIU, Joan J. Paredes-Carbonell, del Centro de Salud Pública de Valencia, y Rosanna Peiró, de la Dirección General para la Salud Pública y del Centro Superior de Investigación en Salud Pública, concibieron en 2006 la idea de promover la educación entre iguales y formar a agentes comunitarios de salud en distintos barrios de la geografía valenciana (en este caso, en los municipios de Alzira y Algemesí).

Por consiguiente y dado que no debemos cometer el error de creer que no existen desigualdades en nuestro territorio, consideramos que la figura del ASBC es necesaria, incluso imprescindible, en el ámbito de la mediación comunitaria. Como bien hemos indicado ya anteriormente, solo podremos interpretar como no necesaria la presencia de los agentes de salud cuando las autoridades competentes aseguren un acceso igualitario a la sanidad para todos y todas, sin que importen factores como el color, el sexo o el origen.

2) *El Proyecto RIU se basa en la preparación óptima de los agentes de salud en las poblaciones de Alzira y Algemesí, situadas ambas en la provincia de Valencia.*

Tras descubrir la existencia del Proyecto RIU y tras realizar una primera lectura acerca de su cometido y de su metodología, optamos por presentar a los coordinadores un proyecto de investigación que consistía en averiguar la eficiencia y la calidad de la formación impartida a los candidatos a convertirse en agentes de salud de base comunitaria.

Así, después de recibir el visto bueno para que el análisis del Proyecto RIU y de su eficiencia constituyese nuestro bloque empírico, consideramos que el método ideal eran las encuestas anónimas, ya que por cuestiones de espacio y debido al gran número de participantes era imposible realizar entrevistas personalizadas a cada uno de ellos. Tras procesar e interpretar los resultados obtenidos a través de dichas encuestas, podemos afirmar que los coordinadores y profesionales del Proyecto RIU realizan su trabajo de un modo óptimo, si bien las mejoras propuestas en el apartado anterior podrían, a nuestro juicio, acercar la formación de ASBC a la perfección siguiendo el criterio de los encuestados. Sin embargo, cabe reconocer que parte de las medidas propuestas solo podrían conseguirse en el caso de contar con una plantilla de trabajadores más amplia, lo cual es viable únicamente con un aumento de la partida presupuestaria destinada al Proyecto RIU.



### *7.1. Futuras líneas de investigación*

En lo que concierne a las futuras líneas de investigación, durante el proceso de elaboración del presente trabajo hemos considerado de interés las dos propuestas que describiremos a continuación, las cuales podrían dar lugar a investigaciones o ampliaciones en el futuro.

Por una parte, sería de gran interés poder ampliar este trabajo con las sucesivas ediciones del Proyecto RIU, con un estudio diacrónico del proyecto con el que poder comprobar si las mejoras propuestas en esta ocasión han surtido el efecto deseado. De ese modo, podríamos observar si se sigue la metodología de mejorar en base a errores o a imperfecciones cometidas en ediciones anteriores. Esta propuesta supondría recoger la opinión de más agentes de salud formados, con lo cual el corpus de respuestas aumentaría, así como la fiabilidad y veracidad de la investigación llevada a cabo.

Asimismo, en caso de optar por realizar entrevistas personales a los candidatos, la información relativa a la opinión de los ASBC sería más extensa y, por consiguiente, proporcionaría más datos acerca de la visión personal de cada uno acerca del Proyecto RIU y de su formación como agentes de salud. Como bien podemos imaginar, el factor de la distancia entre emisor y receptor propio de las encuestas anónimas quedaría eliminado, por lo que como entrevistadores podríamos interactuar con los encuestados y plantear distintas preguntas en función de cómo se desarrolle la entrevista, logrando así el factor personal.

Por otra, si antes proponíamos la opción de realizar un estudio diacrónico del Proyecto RIU, también podríamos considerar el análisis de otros proyectos de formación de ASBC a nivel nacional para ver las semejanzas y diferencias con el RIU. De hecho, el hecho de investigar otros proyectos también puede servir de ayuda para mejorar cuantos aspectos negativos existan en cualquier proyecto de los investigados. Una metodología como esta podría culminar, a nuestro parecer, en un proyecto modelo para formar a agentes de salud a nivel nacional, si bien estaríamos hablando en este caso de iniciar un proyecto a largo plazo que requeriría una extensa fase de documentación y de recopilación de muestras.

Por último, cabe destacar que uno de nuestros objetivos mediante este trabajo ha sido el de contribuir a ampliar la escasa bibliografía ya existente acerca de la figura del agente de salud de base comunitaria. El protagonismo que posee este rol en nuestro país es, de hecho, muy limitado a día de hoy. De hecho, creemos que la consideración que recibe el papel ASBC goza del mismo prestigio que los relativos a otros intermediarios en el contexto sanitario, como por ejemplo los mediadores interculturales o los intérpretes lingüísticos.

La delicada coyuntura económica por la que atraviesa nuestro país y las consecuencias negativas que ejerce esta sobre los presupuestos han supuesto la supresión de programas y de instituciones encargadas de formar a ASBC, como por ejemplo el SEMSI en la Comunidad de Madrid. Otros, como el Proyecto RIU (*Comunitat Valenciana*), objeto de estudio en nuestra investigación, siguen vigentes y continúan formando a agentes de salud cada año y cumpliendo así con una necesidad que presentan muchos colectivos sociales.

Para finalizar y como bien hemos indicado en las dos propuestas de investigación, este trabajo no debería finalizar en este punto. Queda aún mucho por hacer en nuestro país para lograr un acceso igualitario al Sistema Nacional de Salud. Hasta entonces, la figura del agente de salud de base comunitaria seguirá siendo, sin duda alguna, imprescindible.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Ajuntament de Barcelona. <http://w27.bcn.cat/porta22/es/fitxes/A/fitxa5742/agente-de-salud-comunitaria.do>. Consultado el 09 de julio de 2015.

Ajuntament de Barcelona. Sitio web Barcelona Activa. <http://www.barcelonactiva.cat/barcelonactiva/es/>. Consultado el 15 de julio de 2015.

ALONSO, E. (2002): «Gestión de la diversidad cultural en atención primaria». *Atención Primaria*, 8(2), 49-52. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

ABRIL MARTÍ, M.I. (2006): *La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Granada, Universidad de Granada.

ANTONIN MARTÍN, M. (2009): *La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña*. Tarragona, Universidad Rovira i Virgili.

ANTONIN MARTÍN, M. (2013): *La mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions.

AUBARELL, G. (2001): «Polítiques Públiques». Recogido en el Curso de Formación para Profesionales sobre *Les polítiques d'immigració a Catalunya*. Institut Català de la Mediterrània.

BLAY, F., LISBONA, J., SALINAS, J., & SALVADOR, M. (1990): *Cultura Gitana. Propuestas para un trabajo intercultural*. Valencia: Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia.

BROWN, D. (1982): «Divorce and family mediation». *Conciliation Courts Review*, 20, 1-37.

BUTTS, T. (2007): «La mediación en Norteamérica». En H. Soletto Muñoz y M. Otero Parga (eds.), *Mediación y solución de conflictos. Habilidades para una necesidad emergente* (pp. 204-210). Madrid: Tecnos.

- CAMBRIDGE, J. (2003): «Unas ideas sobre interpretación en los centros de salud». En Valero-Garcés, C. (ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. (pp. 51-67). Granada: Editorial Comares.
- CARULLA BENÍTEZ, P. (2001): «La mediación: una alternativa eficaz para resolver conflictos empresariales» (pp. 1-3). *Anuario de Justicia Alternativa*, 1/2001.
- COHEN, J. A. (1966): «Chinese mediation on the eve of modernization». *California Law Review*, 54, (pp. 1201-1226).
- COHEN-EMERIQUE, M. (2006): *Les Médiateurs sociaux et culturels: Passarelles d'Identités*. Paper presented at the Mediation sociale et culturelle: un métier, une déontologie. Retrieved 6/12/2007, from [www.professionbanlieue.org/gestion/doc/pbCohen-Emerique.pdf](http://www.professionbanlieue.org/gestion/doc/pbCohen-Emerique.pdf). Consultado el 19 de septiembre de 2015.
- COSER, L. (1956): *The Functions of Social Conflict*. New York: The Free Press.
- DAHLGREN, G. y WHITEHEAD, M. (2006): «European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2». Copenhagen: Oficina regional de la OMS para Europa.
- DOO, L. W. (1973): «Dispute settlement in Chinese American communities». *American Journal of Comparative Law*, 21.
- FAYMAN, S. (2000): *L'expérience de la médiation sociale et culturelle: état des lieux dans quelques départements*. Paris: Femmes Inter associations; Inter Service Migrants. FIA/ISM.
- FOLBERG, J., y TAYLOR, A. (1992): *Mediación. Resolución de conflictos sin litigio*. México D.F.: Limusa Noriega Editores.
- GIMÉNEZ, C. (1997): «La naturaleza de la mediación intercultural», 3. *Migraciones*. (p. 142). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- GOLEMAN, D. (1996): *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

LA PARRA, D. (2006): «Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España». Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm#estudioEPG>. Consultado el 25 de mayo de 2015

LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

LÓPEZ NICOLÁS, M. (2015): «Projecte RIU: un riu de cultures, un riu de salut». *XV Jornada sobre Desigualdades sociales y salud*.

LOUREIRO, R. M. (1997): «O descubrimiento da covilização indiana». En Ares, B. y Gruzinski, S. (eds.), *Entre dos Mundos. Fronteras Culturales y Agentes Mediadores* (pp. 302-322). Sevilla: Publicaciones de la Escuela de Estudios Hispano-Americanos de Sevilla.

MAYORAL, R. (2003): «Los cambios en la profesión de traductor o intérprete jurado en España». En Valero-Garcés, C. (ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos* (pp. 127-132). Granada: Comares.

MIGUELEZ, C. (2003): «Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en la Unión Europea». En Valero-Garcés, C (ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. (pp. 35-50). Granada: Editorial Comares.

Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección de participación comunitaria en salud (2007): *Documento Técnico para el trabajo con los agentes comunitarios de salud*. (pp. 9-10).

MONTERO BONILLA, C.; PÉREZ-ANGULO MARTÍN, A.; TEJERINA BLANCO, S. y VEGA SÁNCHEZ, Y. (2015): *Gestión de conflictos y procesos de mediación*. Madrid: Paraninfo.

MONTES GRANADO, C. (2000): «Desconstruyendo la falacia del monolingüismo. Análisis etnográfico del cambio de código como estrategia pedagógica en la enseñanza de contenidos» (p. 62). *Aula*, Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca, nº 12/2000

MUNNÉ, M. y VILLANUEVA, N. (2004): «Assaig sobre la mediació». En Villagrasa, C. (ed.), *La mediació* (pp. 17-37). Barcelona, Portic.

NOGUEIRAS, L.M. (1996): *La práctica y la teoría del desarrollo comunitario. Descripción de un modelo* (pp. 38-44). Madrid, Editorial Narcea.

OMS (2004): «Intervención de los agentes de salud comunitarios en el tratamiento». *Informe sobre la salud en el mundo*. Capítulo 3. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/whr/2004/chapter3/es/index5.html>

SUARES, M. (1996): *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires: Paidós.

OTERO PARGA, M. (2007): «Las raíces históricas y culturales de la mediación». En Soletto Muñoz, H. y Otero Parga, M. (eds.), *Mediación y Solución de Conflictos. Mediación para una Necesidad Emergente* (pp. 172-184). Madrid: Tecnos.

ORTUÑO, P. (2013): «La mediación en el ámbito familiar». *Revista Jurídica de Castilla y León*, nº 29 (p. 3). Junta de Castilla y León.

PAREDES-CARBONELL, J.J. (2013): «Participación y acción social desde salud pública». Jornadas de Promoción de la Salud en el Ámbito Comunitario, Elche, 19 de abril de 2013.

PAREDES-CARBONELL, J.J.; AVIÑÓ, D.; PEIRÓ, R.; BOSCH, C.; RAMO, I.; PALOP, V.; y SANZ, R. (2011): «Projecte RIU: un riu de cultures, un riu de salut. Una proposta de intervenció en salut en entorns vulnerables» (p. 1-2). *Comunidad*, 13:34.

PAREDES-CARBONELL, J.J.; AVIÑÓ, D.; PEIRÓ, R.; BOSCH, C.; RAMO, I.; PALOP, V.; y SANZ, R. (2013): «Projecte RIU: superando barreras para reducir desigualdades en salud».

Presidencia de la Generalitat, Subsecretaría de Relaciones con las Cortes y Secretaría del Gobierno. *Ley Salud Pública de la Comunidad Valenciana 4/2005*. Valencia: Generalitat Valenciana; 2005:10

PRATS SAN ROMÁN, G.; BERMÚDEZ ANDERSON, K. (2008): «La mediación intercultural: una nueva profesión para una sociedad diversa» (pp. 72-80). En Ríos Rojas, A. y Ruiz Fajardo, G. (eds.), *Didáctica del Español como 2ª Lengua para Inmigrantes*. Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía.

PUIG, J.M<sup>a</sup>. y MARTÍN, X. (2007): *Competencia en autonomía e iniciativa personal* (p. 13). Madrid: Alianza Editorial.

PUNTES S. y MUNNÉ, M. (2005): *Los servicios de mediación comunitaria. Propuestas de actuación*. Barcelona: Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona.

ROBERTS, R. (1997). «Community interpreting today and tomorrow». En Carr, S.; Roberts, R.; Dufour, A.; y Steyn, D. (eds.), *The critical link: interpreters in the community* (pp. 7-26). Ámsterdam: John Benjamins.

RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, E.; LANBORENA ELORDUI, N.; PEREDA RIGUERA, C. y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A. (2005): «Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco». *Revista Española de Salud Pública*, vol. 82, nº 2, pp. 209-220.

ROS, M. y OLLÉ, C. (2003). «Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones». En *La prevención de la infección del VIH/SIDA en la población inmigrante*. Ministerio de Sanidad y Consumo (pp. 85-96). Madrid.

SANCHO, A.; ANTONIN, M.; INIESTA, C.; y TOMÁS-SÁBADO, J. (2007): «Mediación Intercultural. Experiencia en el Hospital del Mar de Barcelona». *Todo Hospital*, 238, 466-470.

SOLAR O, I. A. (2010): «A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2». Genève: OMS. Comission on Social Determinants of Health.

SUARES, M. (1996): *Mediación: Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires: Paidós.

VALERO-GARCÉS, C. (2004). «Barreras Lingüísticas en la comunicación intercultural. Datos y acciones». *Ofrim Suplementos*, 11, 19-36.

VALERO-GARCÉS, C. y LÁZARO, R. (2005): «Traducción como mediación entre lenguas y culturas. Introducción». En Valero-Garcés, C. (ed.), *Traducción como Mediación entre Lenguas y Culturas/Translation as Mediation or how to Bridge Linguistic and Cultural Gaps* (pp. 7-16). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad.

VERREPT, H. (2004): «Mediación intercultural en la atención sanitaria belga». *Quaderns CAPS*, nº 32: 31-39. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.



## 9. ANEXOS

### Anexo I. Carta de solicitud de investigación a la dirección del proyecto RIU

Estimado/a Sr./Sra.:

Me dirijo a usted con el objetivo de solicitarle su permiso para realizar una investigación acerca del Proyecto RIU cuyo objetivo es el trabajo de Fin de Máster del estudiante Antonio Iborra Rovira, dirigido por el Dr. D. Francisco José Raga Gimeno, profesor titular de la Universitat Jaume I de Castellón.

En tanto que graduado en Traducción e Interpretación y por consiguiente sensible a los temas sociales y humanitarios, su labor en el proyecto RIU ha despertado en mí una gran curiosidad por conocer la formación de agentes de salud de base comunitaria. Una figura imprescindible en un contexto que desgraciadamente caracteriza a determinados sectores de la población.

Mediante la presente les solicito su permiso para obtener información del proyecto y para poder entrevistarme con quien considere necesario para la realización del trabajo. La información recopilada será tratada de manera estrictamente confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. De haber encuestas, estas serán destruidas una vez hayan cumplido con su cometido. Asimismo, me comprometo a poner a su disposición las conclusiones de la investigación para que el proyecto RIU pueda beneficiarse de las mismas.

No dude en contactar conmigo si le surge cualquier duda o si precisa de alguna aclaración. Estoy a su entera disposición. Podrá contactar conmigo a través de la siguiente dirección de correo electrónico: [transintair@gmail.com](mailto:transintair@gmail.com).

Le agradezco de antemano su colaboración y atención.

Atentamente,

Antonio Iborra Rovira  
Máster Oficial en Traducción Medicosanitaria  
Universitat Jaume I de Castellón

## ANEXO II. Encuesta realizada a los ASBC formados por el proyecto RIU

La siguiente encuesta se inscribe en el proyecto del Máster Oficial en Traducción Medicosanitaria de la Universitat Jaume I (Castellón), a cargo del estudiante Antonio Iborra Rovira y dirigido por el Dr. D. Francisco José Raga Gimeno. / *L'enquête suivante s'inscrit dans le projet du Master en Traduction Médicale-Sanitaire de l'Universitat Jaume I (Castellon), à la charge de l'étudiant M. Antonio Iborra Rovira et dirigé par M. le Docteur Francisco José Raga Gimeno.*

**La encuesta es totalmente anónima / Cette enquête est tout à fait anonyme**

Responda a las siguientes cuestiones teniendo en cuenta que 0 corresponde a «Totalmente en desacuerdo» y 10 a «Totalmente de acuerdo». / *Veillez-vous répondre aux questions suivantes en considérant que le 0 signifie «Tout à fait en désaccord» et le 10 signifie «Tout à fait d'accord».*

**1. Conocimientos / Connaissances**

1.1. Es capaz de identificar los problemas de salud de su comunidad / *Vous êtes capable d'identifier les problèmes de santé dans votre communauté*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

1.2. Tiene facilidad para transmitir mensajes a una comunidad / *Vous êtes en mesure de transmettre des messages à une communauté*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

1.3. Es capaz de indicar a los miembros de su comunidad que requieren atención que acudan a un establecimiento de salud / *Vous êtes capable d'indiquer aux membres de votre communauté qui ont besoin d'assistance d'aller a un établissement de santé*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

1.4. Es capaz de difundir mensajes clave para la prevención de enfermedades / *Vous êtes capable diffuser des messages essentiels pour la prévention des maladies*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

1.5. Tiene conocimientos claros y prácticos de comunicación educativa grupal / *Vous avez des connaissances claires et pratiques de communication éducative en groupe*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

1.6. Tiene y puede transmitir conocimientos sobre salud comunitaria (salud sexual y reproductiva, nutrición, actividad física, etc.) / *Vous avez et pouvez transmettre des connaissances en santé communautaire (santé sexuelle et de reproduction, nutrition, activité physique, etc.)*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

## **2. Habilidades / *Habilités***

2.1. Es capaz de registrar las acciones llevadas a cabo como agente de salud / *Vous êtes capable d'enregistrer les actions développées en tant qu'agent de santé*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2.2. Es capaz de aplicar y difundir las normas de higiene básicas a miembros de su comunidad / *Vous êtes capable d'appliquer et de diffuser les règles d'hygiène basiques aux membres de votre communauté*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2.3. Es capaz de manejar instrumentos de registro de familias en riesgo de exclusión social / *Vous êtes capable de manier des instruments de registre des familles exposées à un risque d'exclusion sociale*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2.4. Es capaz de coordinar y utilizar los recursos existentes en la comunidad / *Vous êtes capable de coordonner et d'utiliser les ressources qu'il y a dans votre communauté*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2.5. Es capaz de plantear alternativas de solución a los problemas derivados de una mala práctica en salud / *Vous êtes capable de proposer des alternatives pour résoudre des problèmes dérivés d'une mauvaise pratique en santé*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2.6. Es capaz de ordenar y priorizar los problemas en comunidad / *Vous êtes capable de ranger et de prioriser des problèmes nés dans votre communauté*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

2.7. Es capaz de reconocer signos de alarma relacionados con la salud / *Vous êtes capable de reconnaître les signes d'alarme liés avec la santé*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

2.8. Es capaz de referir pacientes al establecimiento de salud / *Vous êtes capable d'indiquer aux patients d'aller a l'établissement de santé*

### **3. Actitud como agente de salud / *Attitude en tant qu'assistant de santé***

3.1. Se considera una persona positiva, entusiasta y comprometida en sus actividades / *Vous vous considérez une personne positive, enthousiaste et engagée pendant votre activités*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.2. Considera que sabe transmitir amabilidad / *Vous pensez que vous savez transmettre amabilité*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.3. Considera que tiene madurez emocional / *Vous pensez que vous avez maturité affective*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.4. Es capaz de actuar con iniciativa / *Vous êtes capables de prendre l'initiative*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.5. Considera que sabe escuchar los problemas de otras personas / *Vous considérez que vous savez écouter les problèmes d'autres personnes*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.6. Muestra entusiasmo y interés cuando desarrolla su labor como agente de salud / *Vous montrez de l'enthousiasme et de l'intérêt lorsque que vous rempliez la fonction d'agent de santé*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.7. Considera que sabe reforzar y transmitir su autoestima / *Vous pensez que vous savez renforcer et transmettre votre estime personnelle*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.8. Es capaz de comprometerse con los problemas de salud de su comunidad / *Vous êtes capable de vous engager avec les problèmes de santé de votre communauté*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.9. Considera que está dispuesto a ayudar siempre a quien lo necesite / *Vous pensez que vous êtes toujours prêt à aider à ceux qui n'ont besoin*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3.10. Considera que inspira confianza / *Vous considérez que vous inspirez confiance*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### **4. Proyecto RIU**

4.1. El proyecto RIU le ha proporcionado información útil en salud comunitaria / *Le proyecto RIU vous a donné des renseignements utiles en santé communautaire*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.2. La información proporcionada durante su formación responde a las necesidades del barrio / *Les renseignements fournis pendant votre formation répondent aux besoins de votre quartier*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.3. La información proporcionada durante su formación es suficiente / *Les renseignements fournis pendant votre formation sont suffisants*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.4. La información proporcionada durante su formación es mejorable / *Les renseignements fournis pendant votre formation sont améliorables*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.5. Considera que las acciones grupales y comunitarias realizadas reflejan de manera adecuada los contenidos teóricos aprendidos / *Vous considérez que les actions de groupe et communautaires réalisées montrent adéquatement les contenus théoriques appris*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.6. Considera que ha recibido suficiente formación teórica antes de realizar las tareas en grupo / *Vous considérez que vous avez reçu les contenus théoriques suffisants avant de réaliser les travaux en groupe*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.7. Una formación en su lengua materna favorecería la adquisición de conocimientos / *Une formation en langue maternelle favoriserait l'acquisition de connaissances*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.8. Cree necesaria la presencia de un equipo de intérpretes profesionales durante las sesiones teóricas y prácticas / *Vous pensez qu'une équipe d'interprètes professionnels est nécessaire pendant les sessions théoriques et pratiques*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.9. Cree que los técnicos del proyecto RIU han realizado su trabajo de modo correcto / *Vous pensez que les techniciens du projet RIU ont réalisé son travail correctement*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4.10. Ha considerado la opción de seguir participando en el proyecto como agente de salud / *Vous avez considéré l'option de continuer avec votre participation dans le projet en tant qu'agent de santé*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

4.11. Recomendaría participar en el proyecto RIU a otros miembros de su comunidad / *Vous recommanderiez participer dans le proyecto RIU à d'autres membres de votre communauté*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**¡Muchas gracias por su colaboración! / *Merci beaucoup de votre collaboration !***

Anexo III. Entrevista realizada a los candidatos del proyecto RIU

Nombre persona candidata:

Fecha de entrevista

ENTREVISTA DE SELECCIÓN

1) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento:

Edad:

DNI o NIE:

Tfno:

País de origen:

Estado civil:

¿Tienes hijos/as? Sí No ¿Cuántos?

¿Tienes ayuda de tu familia o amistades en el cuidado de tus hijos?

¿Qué estudios tienes?

¿Sabes leer y escribir en castellano?

¿Qué otras lenguas sabes?

¿Lees habitualmente, libros revistas, periódico? Sí No

Tipo de lectura:

¿Trabajas o vas a trabajar en breve? Sí No

¿Qué trabajo realizas o realizarás? Especificar horarios

¿Trabajabas en tu país? Sí No

¿Qué trabajo realizabas?

¿Cuánto tiempo llevas residiendo en España?

¿Estás empadronada/o?

¿Piensas continuar residiendo en Alzira o prevees [sic.] cambiar de ciudad en breve?

2) INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROYECTO

Desde el Ayuntamiento de Alzira y el Centro de Salud Pública de Alzira llevamos a cabo un proyecto de salud en el barrio, el PROYECTO RIU, dirigido a mujeres y hombres (autóctonas e inmigrantes) para formarlas como AGENTES DE SALUD.

¿Quién te ha propuesto que vinieras?

Si te preguntas ¿de qué me sirve a mí esto de ser agente de salud?



- recibes información sobre temas de salud de primera mano que puede ser útil para ti, tus familiares y amistades;
- puede ser un espacio para relacionarte y hablar con otras personas sobre cosas que te interesan;
- puedes sentirte bien ayudando a otras personas del barrio;
- se emitirá un diploma de tu participación en el proyecto;
- y se está gestionando un incentivo económico para las personas que finalicen todo el proceso.

¿Te gustaría poder llegar a ser AGENTE DE SALUD? Sí                      No

Observaciones:

Para ello, sería necesario realizar un curso de formación-acción de 9 meses con una duración de unas 75 horas teóricas y 85 horas de acciones (distribuidas en sesiones de 3 horas por sesión 2 veces por semana; el horario esta [sic.] de determinar por el grupo de personas que seáis seleccionadas). Se preveé [sic.] comenzar en octubre y finalizar en junio de 2015.

¿Crees que podrías participar? Sí                      No

Observaciones:

¿Cuál es tu disponibilidad de tiempo? (especificar días y horas?)

¿Propondrías a alguna otra persona del barrio que conozcas y que pienses que podrías ser una buena AGENTE DE SALUD y que pudiera participar?

### 3. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y NECESIDADES SENTIDAS

¿Qué piensas de la salud de las personas del barrio? (inmigrantes y autóctonas) y en especial de las mujeres?

¿Cuáles crees que tú que son los problemas que necesitan ser tratados?

¿Con qué personas hablas de este tipo de problemas y preocupaciones? ¿Es tu pareja, amigas, vecina, familiares?

¿Tienes amigas/os de población autóctona del barrio, y de otros países de origen distinto al tuyo?

¿Sueles acudir a los centros de salud, servicios sociales,...? Sí No  
¿Qué opinas de estos servicios?

4) OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA (actitud, interés por el tema, sinceridad, capacidad liderazgo, habilidades comunicación, etc.).

5) OBSERVACIONES DE OTRAS/OS PROFESIONALES QUE CONOCEN A LA PERSONA

VALORACIÓN:

- POSITIVA
- NEGATIVA

RAZONES:

Anexo IV. Dossier de la unidad 1 – Alzira 2015

[Reproducimos con la máxima exactitud posible los documentos proporcionados por el Projecte RIU. No nos hacemos responsables de los errores lingüísticos que el siguiente texto pueda contener].

UNIDAD 1

LA SALUD, SUS DETERMINANTES Y PROTAGONISTAS. AUTOCUIDADOS

**Objetivos generales**

1. Que las personas participantes definan la salud e identifiquen sus determinantes a partir de sus propios conocimientos, percepciones y experiencias.
2. Que identifiquen los diferentes tipos de factores que influyen en la salud y sobre cuáles de ellos es más fácil que las personas del grupo podamos actuar.
3. Que describan tres modelos diferentes (y reales) relativos al cuidado de la salud: modelo más cercano a la salud, el cercano a la enfermedad y el que se mantiene en una situación intermedia.
4. Que identifiquen a “los actores y actrices” en conseguir salud y que se perciban como principales protagonistas en el cuidado de la salud.
5. Que expresen y representen las principales necesidades sentidas sobre salud en el barrio.
6. Que se promueva una actitud favorable hacia el cuidado de la salud.
7. Que conozcan el concepto de autocuidados, los diferentes tipos de autocuidados y realicen una autoevaluación en relación a sus propios autocuidados.

## Contenidos y Actividades

### Actividad 1. Definición de SALUD. ¿Qué significa “salud”?

#### Objetivos:

- Definir la salud desde un punto de vista global e integral.
- Reflexionar en grupo sobre el concepto de salud

#### Desarrollo:

En pequeños grupos, se anotan ideas, palabras, frases, ... relacionados con el término salud. Se realiza una puesta en común y se llega a una definición de consenso. Definición de la salud desde un punto de vista global e integral.

#### Definición de SALUD:

La Organización Mundial de la Salud definía la salud como *“el estado óptimo de bienestar físico, psíquico y social y no solamente ausencia de enfermedad”*. Esta definición implica la dicotomía salud-enfermedad.

Según esta definición, para tener salud las personas necesitarían estar en un estado óptimo difícil de alcanzar, no sólo en lo biológico (no tengo una enfermedad diagnosticada, me siento bien físicamente) sino también en lo psicológico (sentirse bien) y en lo social (tener un trabajo, una red social de apoyo, una vivienda,...).

Además, aquellas personas con una enfermedad crónica (como por ejemplo diabetes) no tendrían salud según la definición de la OMS, puesto que ya tienen un diagnóstico de enfermedad. Sin embargo, estas personas si cuidan su alimentación, hacen ejercicio físico, siguen sus controles médicos y logran regular sus niveles de glucemia (azúcar),... se sentirían sanas.

Más bien, siguiendo a Milton Terris o Aaron Antonovsky, la salud se entiende como un proceso, un continuo entre dos polos salud-enfermedad y la posibilidad de que todas las personas en diferentes momentos de nuestra vida podamos situarnos en puntos diferentes a lo largo de dicho continuo.

La salud se puede definir como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.

### **Concepto de SALUD**

**La salud se puede entender como un proceso, un continuo entre dos polos: salud/bienestar-enfermedad. Las personas se pueden situar en diferentes puntos de ese continuo a lo largo de su vida.**

**La mejora de la salud supone disponer de información y habilidades personales, un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades y unas condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, físico y social.**

La salud depende de factores físicos, psicológicos y sociales: no sólo es biológica. Depende de muchos factores que influyen en ella. Cada persona es agente activo en el cuidado de su salud.

### **Una idea muy importante:**

**Nosotras y nosotros, las personas que formamos parte de este grupo, podemos tener una importante labor de educación entre iguales, con otras personas de nuestro entorno (nuestras parejas, hijos e hijas, amigos y amigas, conocidos y conocidas) en el cuidado de nuestra salud.**

## **Actividad 2. Los determinantes de la salud**

### **Objetivos:**

- Identificar los principales factores que influyen en la salud (determinantes) partiendo de los conocimientos y percepciones previas de las personas participantes.

### **Desarrollo:**

La educadora solicita a las personas participantes que nombren **qué factores influyen en la salud.**

Posteriormente, se hace una puesta en común anotándolos en la pizarra y distribuyéndolos en cuatro categorías.

### **Los determinantes de la salud:**

- **Factores biológicos:** genética, vulnerabilidad, predisposición, situación sanitaria,...

- **Entorno:** características del medio, limpieza y orden de la vivienda, cuidado de nuestro lugar de trabajo, de ocio,...
- **Autocuidados:** higiene personal, alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol, tabaco y drogas, cumplimiento de las prescripciones médicas,...
- **Servicios sociosanitarios:** equipo de profesionales, medicamentos, analíticas, pruebas médicas, vacunas,...

En grupo, la educadora plantea la pregunta: **¿Sobre cuáles de estos factores creéis que podemos influir más fácilmente?**

Se trata de que se valore **la importancia de los autocuidados y cuidados del entorno, sobre los que nosotros sí podemos actuar.** Aunque la biología humana y los servicios sociosanitarios sean determinantes de la salud, no podemos muchas veces actuar sobre ellos.

### Los Determinantes de la salud

La figura 1 muestra los principales determinantes de la salud descritos por Dahlgren y Whitehead.



Las personas tienen una edad, sexo y características constitucionales que influyen en su salud y no son modificables.

Sin embargo, en torno a las personas hay otros factores que influyen en la salud y sí que pueden ser modificados:

- **en un primer estrato, las conductas de las personas** (en la figura, factores relacionados con el estilo de vida individual). Son algunos ejemplos: practicar actividades de ocio, hacer ejercicio físico, tomar café moderadamente, no fumar, hacer relajación, estudiar, pensar en positivo, descansar y dormir las horas necesarias.

Una nota sobre los “estilos de vida individuales”. Los estilos de vida desgraciadamente no son elegidos por las personas, sino que vienen determinados por las condiciones socioeconómicas en las que viven. Desde los modelos biomédicos, se ha subrayado la “responsabilidad de las personas” llegando a “culpabilizarlas” olvidando los determinantes sociales de la salud.

- **en un segundo estrato, las relaciones con personas de su entorno** (redes sociales y comunitarias). Ejemplos de ello son: hacer amistades, hablar de preocupaciones con personas cercanas, disponer de una red de apoyo social (familia, amistades,...), existencia de recursos que faciliten realizar actividades, sufrir algún tipo de maltrato por parte de la pareja, etc.

- **en un tercer estrato: las condiciones de vida y trabajo, de alimentación y el acceso a bienes y servicios.** Ejemplos: los ingresos económicos, la pobreza, las condiciones de la vivienda o del barrio, tener o no tener trabajo, disponer de tiempo de ocio, la existencia de programas de promoción de salud, de intervenciones comunitarias, de centros de salud, de profesionales de la salud, tratamientos farmacológicos, etc.

- **y finalmente, como mediadores de salud: las influencias económicas, culturales y medioambientales.** Por ejemplo: tener o no tener un gobierno democrático, contexto de crisis económica o paro, sufrir algún tipo de discriminación por razón de etnia y cultura, género, identidad sexual, discapacidad, un desastre nuclear, etc.

El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables y distinguir lo saludable de lo nocivo. Los valores pueden influir en la salud de las personas o no. Algunos ejemplos son:

- El Islam ofrece una guía en relación al cuidado de la salud. Se describen normas de higiene como la depilación, el cuidado del cabello y de las uñas, la limpieza genital. En el Corán se destacan las propiedades curativas de la miel, y las

hierbas medicinales, la prevención de alimentos. Se consideran actividades preventivas: evitar ingerir carne de cerdo, alcohol, drogas y practicar el ayuno.

- El valor de mantener la virginidad hasta el matrimonio en algunas culturas como en la gitana o en la religión musulmana puede contribuir a la prevención de infección de transmisión sexual.
- El valor del apoyo de la familia en los casos de una enfermedad grave o de un ingreso en el hospital puede ayudar psicológicamente al ofrecer desahogo, acompañamiento, etc. en estos momentos tan difíciles.
- La dieta mediterránea es muy rica en verduras y frutas, y en su conjunto es muy equilibrada.

## **LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD**

**Las desigualdades sociales en salud** son aquellas diferencias injustas, innecesarias y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y que dependen de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades, de las desigualdades sociales en salud.

Los ejes que generan desigualdades son: el género, la clase social (ingresos, actividad laboral y nivel educativo), la raza, etnia o país de origen, la edad (ej: niños, personas mayores, etc.), el territorio (ej. ciudad o pequeña aldea, ciudad o campo, la escalinata de subida al CPC para las personas mayores o con discapacidad, etc), etc. Otros ejes de desigualdad pueden ser también la orientación sexual o la discapacidad.

**Aunque actuando sobre los entornos se pueden conseguir cambios de mayor impacto sobre la salud de las personas, no siempre es posible actuar sobre ellos.** En este caso, las personas tienen un papel protagonista.



**Las personas son agentes de cambio para ganar y cuidar su salud pudiendo poner en marcha diferentes tipos de autocuidados:** relacionados con la promoción de la salud, redes sociales y comunitarias, cuidado del entorno, prevención de enfermedades, uso de servicios y programas de salud, etc.

### **Diferencias entre sexo y género**

Aclaremos dos conceptos básicos antes de seguir con esta distinción:

- 1. Sexo:** Son las características físicas o biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres. Por ejemplo los órganos genitales son diferentes entre hombres y mujeres.
- 2. Género.** Son formas de ser, de comportarse, de pensar, de relacionarse, de expresar las emociones, etc. que la sociedad espera de nosotros por ser mujer u hombre.

Los rasgos femeninos son maneras de comportarse que nuestra cultura generalmente asocia con el hecho de ser una niña o una mujer. Los rasgos masculinos son maneras de comportarse que nuestra cultura generalmente asocia con el hecho de ser un niño o un hombre.

### **Término que se suele usar para describir la feminidad**

Dependiente

Hablan de sus sentimientos

Pasiva

Sensible

Tranquila

Inocente

Débil

Insinuante

Educada

Autocrítica

Suave

Sexualmente sumisa

Complaciente

**Término que suele asociar para describir la masculinidad**

Independiente

No hablan de sus sentimientos

Agresivo

Insensible

Competitivo

Descoordinado

Experimentado

Fuerte

Activo

Seguro de sí mismo

Duro

Mayor deseo sexual

Rebelde

Claramente, las categorías impuestas por la sociedad con respecto a lo que es masculino y femenino no son realistas. No engloban cómo nos sentimos realmente, cómo nos comportamos o cómo nos definimos a nosotros mismos. Todos los hombres tienen rasgos considerados femeninos y todas las mujeres tienen rasgos considerados masculinos. Asimismo, podemos mostrar rasgos diferentes en momentos distintos. Las culturas enseñan que los hombres y las mujeres son opuestos en muchas formas. La verdad es que tenemos más similitudes que diferencias.

No obstante, las diferencias que puedan tener los hombres y las mujeres son normales y es lógico que existan. Las personas somos diferentes, las mujeres somos diferentes a los hombres, y esto es sano y enriquecedor. El problema es cuando se producen desigualdades, es decir, cuando las personas no tenemos las mismas oportunidades por ejemplo para acceder a un trabajo, por el hecho de ser mujer u hombre, por ser de una cultura u otra, por tener o no tener dinero, etc.

Por tanto la salud de mujeres y hombres es **diferente y desigual**. *Diferente* porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles por la posición central del hombre en las ciencias de la salud. Y desigual porque la existencia de desigualdades entre mujeres y hombres.

### **Modelos de género (Sara Velasco)**

#### **Modelo tradicional**

En este éste modelo prima la unión familiar. La familia se suele componer por la mujer y el hombre los hijos. Suele mostrarse una relación de poder del hombre hacia la mujer y subordinación de la mujer al hombre (todo aquello que diga el hombre, como cabeza de familia es respetado). El hombre suele trabajar fuera de casa y la mujer en casa.

En este modelo la mujer muestra una relación de dependencia hacia el hombre, siente una falta de comunicación íntima importante (cuestiones que pueden preocupar al marido no se cuentan). En ocasiones suele padecer malos tratos no conscientes por parte de la pareja y suele trabajar en casa realizando trabajos repetitivos (limpieza) y no valorados. Siente tener poco tiempo para ella. Tiene la necesidad de que el hombre esté feliz puesto que teme que la pueda abandonar por este motivo está siempre dispuesta activamente.

En este modelo el hombre tiene la necesidad de demostrar su poder en la familia, y suelo padecer si no tiene dinero para traer un sueldo a casa. Cuando esto ocurre siente su rol de dominio. Recurre a la violencia (física o psíquica) si se siente abandonado por la mujer o si se siente amenazado.

#### **Modelo de transición**

En este modelo lo importante es el amor y crear una familia donde no existan relaciones desiguales de poder en la familia. La familia la conforman dos personas de cualquier sexo e hijos/as son un proyecto en común.

La mujer en este modelo suele trabajar fuera pero manteniendo el trabajo del hogar. Su jornada laboral por tanto se intensifica y se dobla en horas. El hecho de que la mujer empiece a trabajar fuera de casa hace que el hombre se sienta amenazado por notar que pierde los privilegios. El hombre accede a los roles tradicionalmente femeninos que son en su entorno roles de cuidado mal vistos y cuestionados.

## **Desigualdades en salud**

### **Desigualdades en salud por género**

#### Mujeres:

- Las mujeres contraen infecciones de transmisión sexual de manera más sencilla que los varones por motivos biológicos. Puesto que se producen fisuras en la vagina y se retiene el semen del hombre. Esta razón es por diferencia de sexo, pero la falta de acceso de información y servicios de salud tiene que ver con el rol de género
- Las jóvenes corren más riesgo de actividad sexual insegura, de deseada y forzada, lo que las vuelve más vulnerables al VIH/sida, otras infecciones, embarazos no deseados y abortos inseguros.
- Las mujeres son más susceptibles que los hombres a la depresión y la ansiedad. El estrés y la sobrecarga crea enfermedades por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte, pero si bajando la calidad de vida
- Muchas empleadas de hogar ni siquiera tienen contrato laboral, esto les impide poder acceder a permisos de bajas por enfermedad.
- Las mujeres suelen padecer más violencia sexual que los hombres (por ejemplo: violaciones; reafición sexual con la pareja de manera forzada...)

#### Hombres:

- Los hombres padecen más trastornos psicóticos que las mujeres (un ejemplo son los trastornos de personalidad son más frecuentes en los hombres)

- En muchas ocasiones a los hombres no se les enseña, a expresar sentimientos, preocupaciones y padecimientos físicos y mentales. Este hecho hace que en muchas ocasiones cueste diagnosticar enfermedades en hombres ligadas a aspectos afectivos y emocionales. En muchas ocasiones vienen encubiertos por adicciones, conducción agresiva de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo.
- El patrón de personalidad tipo A (competitivos, con muchas horas de dedicación al trabajo, que se requiere a él mismo mucha exigencia. Por ejemplo el “ejecutivo agresivo”) mantiene largos episodios de estrés elevado. Por este motivo tienen más posibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares (el infarto)

### **Desigualdades en salud por nivel socioeconómico**

- Los empastes o implantes buco dentales no están cubiertos por la seguridad social. La gente con pocos recursos no pueden o les cuesta acceder.
- No entra en las revisiones se la seguridad social la vista. Por tanto es un gasto extra al que difícilmente pueden llegar familias con pocos recursos.
- Los sistemas de retención infantil obligatoria en los coches tiene un alto precio. Por tanto aquellas personas con pocos recursos y que disponen de coches sus hijos tienen más riesgo de padecer un accidente si no se disponen de estos sistemas de retención infantil
- El material ortopédico no se cubre al 100% parte de este material tiene que ser costeadado por la persona. Niños/as pequeños con pocos recursos tienen menos acceso a este material.

### **Diferencia en los usos de los servicios de salud según hombres y mujeres**

- En muchas ocasiones el hombre y la mujer pueden ir al médico con los mismos dolores y tratarles de manera diferente, entrando en juego los roles de género.

*Ejemplo puede ser el de una mujer que llega a una consulta de atención primaria con quejas de cansancio, malestar general, dolores en las piernas y*

*que sale con un tratamiento contra la depresión, cuando una prueba permitiría saber que sus síntomas se explican por una anemia por falta de hierro.*

*Ejemplo, puede que una mujer llegue al Hospital con quejas fuertes en la parte del corazón y que le receten un valium diagnosticando ese dolor como ansiedad. En cambio a un hombre le suelen hacer pruebas descartando un posible dolor problema de corazón.*

- El cuidado de sus hijos y del marido junto con el asumir los deberes domésticos como suyos hace que le quede poco tiempo para pensar en su salud.
- Frecuentemente los sistemas de salud utilizan a las mujeres de la comunidad como recursos de pagados para la salud, porque se tiene la idea que la mujer tiene tiempo para cuidar de los demás, por no trabajar en trabajos regulados (no se aprecia el trabajo doméstico). De este modo, en ocasiones los profesionales de la salud también, de manera indirecta cargan a la mujer.

### **Desigualdades por etnia y cultura**

- Las mujeres de etnia gitana reciben poca información sobre sexualidad por parte de sus padres.
- La población gitana no suele acudir a revisiones ginecológicas por vergüenza al reconocimiento médico, por temor a un diagnóstico
- La influencia de la cultura y de la religión árabe delante de un caso de interrupción voluntaria del embarazo.

### **Desigualdades en salud por país de procedencia:**

#### Población extranjera:

- Utiliza con menor frecuencia que la población española los servicios sanitarios. La diferencia aun es más grande en el uso de los servicios preventivos y en la atención especializada
- Pueden tener dificultades de acceso al sistema sanitario por: su situación administrativa;

- En muchas ocasiones desconocen los trámites de acceso y/o la existencia de algunos servicios y programas;
- la incompatibilidad horaria con su jornada laboral (trabajos sin contrato que dificultan tener permisos para ir al médico o cogerse una baja);
- No comprensión de las pautas médicas por el idioma.

#### Profesionales:

- las dificultades de comunicación del personal sanitario con la población extranjera por diferencias idiomáticas y culturales.
- Escasa formación de profesionales formados en competencia cultural,
- Mala organización del sistema sanitario y la falta de tiempo para una atención y escucha adecuada de la demanda.
- Los programas de salud se formulan pensando en el perfil usuario español, sin tener en cuenta otras culturas. *Un ejemplo es el caso del programa preventivo de cáncer de cervix que se debe empezar a realizar a los 18 años y se aconsejan realizar citologías cada 3 años (pensando que se han tenido relaciones sexuales).* En el caso de la cultura árabe las relaciones sexuales suelen iniciarse a edades más tardías, ¿por qué comenzar tan pronto a hacerse citologías?

### **Actividad 3. El camino entre la salud y la enfermedad y sus determinantes**

La educadora hace una breve exposición sobre el proceso de enfermar, el camino entre la salud y la enfermedad. Se pueden poner ejemplos sobre los determinantes en ese proceso.

### **Actividad 4. Venciendo resistencias a los cambios: “La historia de alguien de aquí”**

Se invita a las personas participantes a inventar una historia de tres personas del barrio. Les han de dar un nombre y cuentan todas las cosas que piensa y hace. Se trate de que elaboren una historia en la que el/la protagonista es un personaje de su propio medio que cuida de distinta manera “su” salud, partiendo de diferentes posiciones en el “camino” entre salud y enfermedad.

Cada grupo piensa en personas reales que conocen bien. Así pues, construyen tres historias:

- la de la que está más cerca de la salud,
- la de la que está más cerca de la enfermedad,
- la de la que se mantiene en una posición intermedia.

Las historias tienen que contar cómo vive un día desde que se levanta hasta que se acuesta, qué hace y qué no hace, con quién se relaciona, qué piensa, en definitiva, qué estilo de vida tiene.

Posteriormente, cada portavoz de los grupos cuenta al resto la historia que se ha elaborado.

Finalmente, se plantea en gran grupo la siguiente cuestión:

*Estas tres personas viven en el mismo entorno, pero algo hace que caminen en direcciones distintas. ¿Cada una o uno de nosotras o nosotros dónde nos colocaríamos?*

(Respuesta interiorizada, no se expresa en público)

---

### Conclusiones:

- **“Siempre” es posible avanzar en el cuidado de nuestra salud.**
- **Para ello, es fundamental mi comportamiento; aunque en éste pueden a la vez influir mis experiencias, mi grado de información, mi actitud, mis habilidades, mi autoestima, las posibilidades que me ofrece el entorno,...**
- **Si hay otras personas que cuidan de su salud viviendo en mi mismo entorno, es posible que yo, que el grupo, lo podamos hacer.**

**¡VAMOS A INTENTARLO!**



### **Actividad 5. Las necesidades sentidas sobre salud: El Sociodrama**

El sociodrama es una técnica de grupo que “nos permite mostrar elementos para el análisis de cualquier tema basándonos en hechos o situaciones de la vida real”.

El sociodrama sirve para:

- Empezar a estudiar un tema, como diagnóstico.
- Profundizar en algún aspecto de un tema.
- Al finalizar el estudio de un tema, como conclusión o síntesis. Para ver qué ha comprendido el grupo de lo estudiado o a qué conclusiones ha llegado.

La utilidad del sociodrama:

- Resaltar el papel protagonista de cada persona en el cuidado de su salud.
- Facilitar la identificación de sus centros o temas de interés
- Conocer la imagen que ellos tienen de los y las profesionales de los servicios de salud, sociales, etc.
- Detectar aspectos que hayan podido pasar desapercibidos.

A partir de la técnica grupal del sociodrama, el/la educador/a plantea trabajar p.ej. el tema:

#### **“Los protagonistas de la salud en el barrio de La Alquerieta de Alzira”**

En pequeños grupos, las personas participantes conversan sobre el tema propuesto:

- Conocimientos sobre el tema
- Identificación de los protagonistas
- Cómo viven y entienden el tema

A partir de los hechos y situaciones que han ido surgiendo en la conversación sobre el tema, se les propone que elaboren un argumento eligiendo un problema de salud concreto o una situación.

Dicho argumento debe contener:

- Qué van a hacer y en qué orden van a ir los hechos.

- Definir los personajes de la historia y elegir entre ellos quien representa cada personaje.
- En qué momento tiene que actuar cada uno.

Se ensaya brevemente y se representa cada uno de ellos. Finalmente, en gran grupo, se discute sobre el tema a partir de lo representado en el sociodrama.

### **Actividad 6. Los Autocuidados**

#### **Objetivos:**

- Conocer el concepto de autocuidados.
- Enumerar diferentes autocuidados que se pueden practicar en relación a la promoción de la salud.
- Identificar los autocuidados que las personas pueden poner en práctica y evaluar posibles cambios para mejorar su salud y calidad de vida.
- Adquirir una actitud favorable a conseguir cambios en salud.

La educadora presenta la definición de

#### **AUTOUIDADOS:**

**“Todo aquello que podemos hacer para cuidar nuestra salud independientemente de la ayuda profesional.”**

Seguidamente, se solicita al grupo mediante la técnica de brainstorming (lluvia de ideas) un listado de posibles autocuidados. Se hace una breve exposición sobre:

#### **TIPOS DE AUTOUIDADOS:**

- **Autocuidados relacionados con la higiene corporal:** Ducha diaria, lavado del cabello, corte de uñas, lavarse las manos, cepillarse los dientes, secreciones mucosas, uso individual de toalla, uso de chanclas, limpieza de oídos, limpieza de las zonas íntimas, cambio de ropa (calcetines y ropa interior), etc.

- **Autocuidados relacionados con la higiene del medio:** limpieza y ventilación de las habitaciones, desinfección de los baños, no tirar papeles ni desperdicios al suelo en la calle, no escupir,...
- **Autocuidados relacionados con los cuidados médicos:** Seguir las instrucciones y tomar los medicamentos siguiendo la dosis y frecuencia que han sido pautadas por el médico, acudir al médico cuando no son efectivos, cuando no sientan bien... para que la decisión de tomarlos o no sea compartida.
- **Autocuidados relacionados con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud:** Evitar y/o reducir la ingesta diaria de café, no fumar, hacer ejercicio, reducir la ansiedad, depresión, estrés, malhumor,...no compartir objetos tales como la botella de agua o botes de refrescos, toallas, ropa,...relacionarse con la gente, hacer amigos/as, compartir problemas, mantenerse activa...

---

**Conclusión:**

**“Nosotras y nosotros podemos hacer mucho por nuestra salud, mucho más que cualquier profesional.”**

**Actividad 7. ¿Cómo me cuido yo?: Salutómetro**

Se reparten los salutómetros. Cada participante debe rellenarlo para valorar su propio cuidado de la salud: “La persona que se cuida, vivirá más y mejor”.

Se trata de un ejercicio de reflexión personal de cada participante del grupo. El ejercicio es individual.

**Salutómetro: ¿CÓMO ME CUIDO?**

Nombre	Fecha
--------	-------

**Puntuación: YO LO HAGO...**

*0 Nunca      1 Casi Nunca      2 A Veces      3 Casi Siempre      4 Siempre*

EN RELACIÓN A	AUTOCAUIDADO ¿QUÉ HAGO¿	PUNTOS
<b>LA HIGIENE PERSONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Me lavo el cabello varias veces a la semana</li> <li>-No abuso de tintes y permanentes</li> <li>-Me cepillo correctamente los dientes después de cada comida</li> <li>-Me ducho diariamente</li> <li>-Utilizo crema hidratante después de la ducha</li> <li>-Utilizo desodorantes sin alcohol</li> <li>-Me lavo diariamente con agua y jabón neutro mis genitales</li> <li>-Me lavo más a menudo durante la menstruación</li> <li>-Me limpio de delante hacia atrás después de defecar</li> <li>-Me lavo las manos con agua y jabón:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- después de ir al servicio</li> <li>- antes y después de las comidas</li> </ul> </li> <li>-Me limpio las uñas con frecuencia</li> <li>-Me corto y limo las uñas en línea recta</li> <li>-Me seco bien entre los dedos de los pies para evitar los hongos</li> <li>-Uso piedra pómez para las durezas</li> <li>-Me doy masajes en los pies</li> </ul>	
<b>CUIDADO DEL ENTORNO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ventilo las habitaciones diariamente</li> <li>-Quito el polvo de la casa con frecuencia</li> <li>-Limpio y desinfecto el baño y la cocina</li> <li>-Barro y friego la casa con frecuencia</li> <li>-Ordeno la ropa y calzado con frecuencia</li> </ul>	

	<p>-No acumulo objetos en casa que no necesito</p> <p>-Bajo la basura al contenedor por la noche</p> <p>-Limpio la escalera de la finca</p> <p>-Tiro los papeles en las papeleras de la calle</p> <p>-Bajo objetos inútiles los días de recogida.</p>	
<b>EN RELACIÓN A</b>	<b>AUTOCUIDADO ¿QUÉ HAGO?</b>	<b>PUNTOS</b>
<b>OTROS AUTOCUIDADOS</b>	<p>-Practico algún deporte dos veces a la semana</p> <p>-Camino diariamente una hora</p> <p>-No fumo tabaco</p> <p>-Tomo máximo tres cafés al día</p> <p>-Como sano</p> <p>-Tengo una amiga o amigo con quien hablar de lo que me preocupa</p> <p>- Hablo y comparto problemas y preocupaciones con personas de confianza</p> <p>-Leo el periódico, las revistas o un libro</p> <p>-Hago actividades de tiempo libre</p> <p>-Pienso en positivo</p> <p>-Cuando estoy nerviosa, procuro controlarme un poco y darme un respiro</p> <p>-Cuando estoy triste, busco ayuda y hablo</p>	
<b>TRATAMIENTOS MÉDICOS</b>	<p>-Acudo a revisiones médicas periódicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentista</li> <li>• Oculista</li> <li>• Revisiones ginecológicas, urólogo,...</li> <li>• Otros: análisis, revisiones...</li> </ul> <p>-Cuando tomo medicamentos, sigo la pauta del médico (dosis y frecuencia)</p> <p>-Si tengo alguna duda, no me sienta bien o no me hace efecto, acudo</p>	

	nuevamente al médico -Me tomo medicamentos cuando yo lo creo conveniente -Me tomo un medicamento si me lo recomienda alguien de confianza -No acumulo medicamentos en casa (los tiro o los devuelvo)	
--	--	--

El Salutómetro ha sido tomado y adaptado de:

*El Proyecto ACTARA – Comunitat Valenciana, Escola de Formació d'Educadors per a la Salut a l'àmbit penitenciari, realizado por la asociación ADSIS-HEDRA de Valencia que contó con financiación del Institut Valencià de la Joventut y la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.*