



Proyecto RIU: un río de culturas, un río de salud. Una propuesta de intervención en salud en entornos vulnerables

Joan J. Paredes i Carbonell. Centro de Salud Pública de Alzira. Valencia

Dory Aviñó Juan-Ulpiano. Fundación Investigación H. Dr. Peset. Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia

Rosanna Peiró Pérez. Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia. CIBERESP. Madrid

Conxa Bosch Vercher. Centro de Salud de Algemesí en representación de la Red de Profesionales. Valencia

Isabel Ramo Chordà. Centro de Salud de Algemesí en representación de la Red de Profesionales. Valencia

Vicente Palop Larrea. Departamento de Salud de La Ribera. Alzira. Valencia

Rosendo Sanz Bou. Centro de Salud Pública de Alzira. Valencia

Introducción

En nuestro país existen zonas, barrios y lugares donde se concentra población en situación de vulnerabilidad. Pobreza, altas tasas de desocupación, degradación del entorno urbano, infravivienda, escasa dotación de recursos y equipamientos públicos caracterizan estos espacios y sitúan a la población en mayor riesgo de enfermar¹. ¿Es posible generar modelos de buena práctica para promover la salud y empoderar a la población en entornos de alta vulnerabilidad? El modelo de intervención que se presenta pretende responder a esta cuestión desde un esquema de actuación sencillo, de abajo arriba y sin grandes requerimientos financieros.

El Centro de Salud Pública de Alzira desarrolla el Proyecto RIU: un río de culturas, un río de salud (Proyecto RIU: un río de culturas, un río de salud), para promover la accesibilidad y la utilización de servicios sanitarios en entornos vulnerables, en colaboración con la estructura de Atención Primaria (AP) y los servicios sociales de ámbito local². Está basado en un modelo de intervención experimentado en otros contextos (medio penitenciario, comunidad gitana, población inmigrante)³ y pretende captar a mujeres de un barrio, de distintas culturas, con un perfil de liderazgo entre sus iguales, para capacitarlas como agentes de salud de base comunitaria (ASBC)².

El objetivo de este artículo es describir el modelo de intervención, mostrar elementos clave de la evaluación del proceso para el período 2008-2011 y algunos resultados de la primera edición de 2008-2009.

Participantes, material y métodos

➤ **Diseño:** estudio del proceso y evaluación de resultados de la intervención participativa en salud RIU en un barrio de elevada vulnerabilidad social durante 1 año.

➤ **Contexto donde se produce la intervención:** el Proyecto RIU se está desarrollando en el barrio de El Raval de Algemesí, ciudad de 28.000 habitantes. La población empadronada en el barrio es de unos 1.500 habitantes. Vive una alta proporción de personas de etnia gitana y el 22,6% es población 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). Existe infravivienda, condiciones socioeconómicas desfavorables, espacio público escaso y degradado. Dispone de escuela infantil, centro de educación primaria, servicios sociales y centro de actividades gestionado por una organización no gubernamental (ONG).

➤ **Población participante:** mujeres de diversas culturas (españolas, españolas de etnia gitana e inmigrantes) en situación de vulnerabilidad social, sensibilizadas por los temas de salud y motivadas para ayudar a otras personas de su red social.

➤ **Metodología de la intervención:** RIU utiliza ciclos continuados de captación y formación-acción de personas con perfil de liderazgo como estrategia para desarrollar

un proceso grupal y comunitario que: empodera a las personas participantes, desarrolla competencias como educadoras entre iguales, se basa en el enfoque de la salud positiva y los activos en salud⁴, traduce e interpreta códigos culturales, parte de y llega a la comunidad, utiliza un diseño abierto (objetivos, contenidos, detección de nuevas necesidades definidas por las participantes) y una metodología de investigación-acción participativa. El modelo se basa en la intersectorialidad: la construcción del trabajo en red desde el sector salud y otros con impacto en salud.

➤ **Etapas de desarrollo del modelo:** en 9-12 meses se suceden las etapas: acuerdos políticos y técnicos, formación de una red de profesionales; captación, formación y acción de agentes de salud; evaluación de resultados y reformulación de un nuevo ciclo después de introducir las correspondientes mejoras (figura 1). Los tipos de acciones son propuestas por las ASBC y se priorizan en función del análisis participativo del barrio, de la información procedente de las acciones individuales y de las necesidades detectadas por profesionales.

➤ **Metodología de la evaluación:** la descripción de cómo se ha diseñado la evaluación del proceso y del impacto se detalla en la tabla 1. En este artículo se describen algunos de los resultados de la evaluación del proceso de las ediciones de 2008-2009 y 2010-2011, y únicamente los resultados del impacto relacionado con el uso de servicios y relación profesionales-población de la edición 2008-2009.

Resultados del proceso

Acuerdos a nivel político y técnico

En la primera edición se realizó una reunión de la dirección de salud pública y la coordinación técnica del proyecto con las concejalías de Sanidad y Bienestar Social del Ayuntamiento. Se consiguió el apoyo municipal para facilitar locales y participación de personal técnico de servicios sociales y para financiar las acciones grupales de las ASBC. Se hicieron dos reuniones con la dirección de AP y del centro de salud para presentar el proyecto, recoger sugerencias y facilitar la participación de profesionales. Se constituyó el grupo intersectorial y se mantuvieron cuatro reuniones para adaptar el pro-

Figura 1. Etapas del modelo RIU

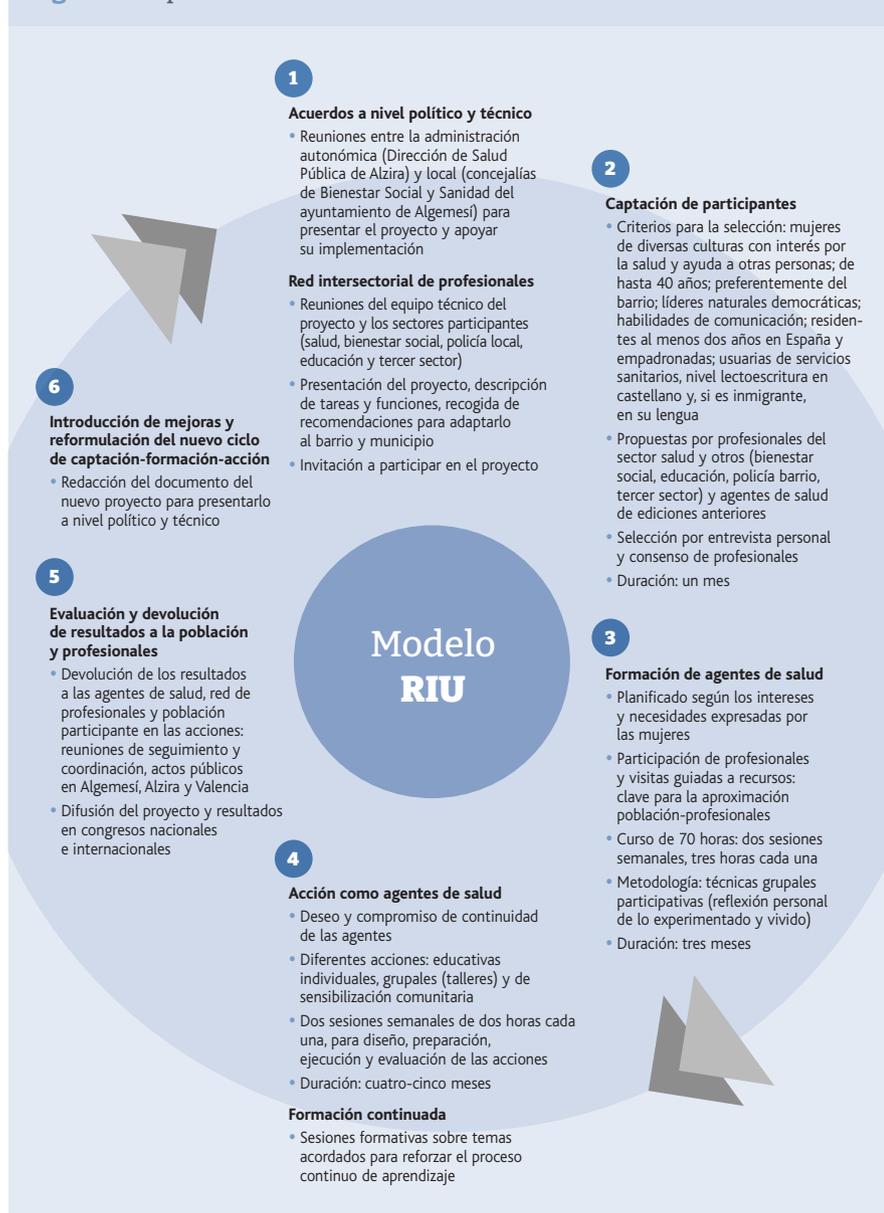


Tabla 1. Metodología de la evaluación del Proyecto RIU

Evaluación	Descripción e instrumentos
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> Registro de asistencias y fichas de evaluación en las sesiones formativas Número, tipo y características de las acciones realizadas por las ASBC Número de participantes y opinión sobre la actividad y las ASBC en cuestionario/dinámica grupal de las acciones grupales (talleres) Opinión de las propias ASBC a través de cuestionario, entrevistas individuales y grupales y dinámicas de grupo Opinión del grupo de profesionales a través de entrevista grupal
Impacto	<p>Metodología cualitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevistas individuales y grupales a las agentes de salud en tres momentos: al inicio, tras la fase de formación y la de acción Identificación de su red social y temas de salud en los que median tras la fase de formación y la de acción Entrevista grupal con profesionales al finalizar la fase de acción

ASBC: agentes de salud de base comunitaria.

yecto y planificar la captación y la participación en las siguientes etapas. Dieciséis profesionales formaban parte de la red intersectorial inicial y, a los 9 meses, eran 35. La implicación había aumentado en todos los sectores: salud pública y asistencia sanitaria, Administración local, mancomunidades, educación y tercer sector.

Captación de participantes

En ambas ediciones se pretendía capacitar a un grupo de unas 15 mujeres. En la primera edición se seleccionaron 22, de las cuales 7, todas de origen marroquí, finalizaron la formación. En la segunda edición, se seleccionaron 15, y 14 de ellas (2 españolas, 5 españolas gitanas, 4 de Marruecos, 2 latinoamericanas y 1 rumana) finalizaron la capacitación.

Fase de formación

Se abordaron los temas propuestos por las propias mujeres con una metodología participativa, se llevaron a cabo actividades de investigación-acción participativa y visitas guiadas a los servicios de salud. En la segunda edición se incorporaron nuevos temas que fueron propuestos por las agentes de salud de ambas ediciones y por la red de profesionales.

Fase de acción

Las 7 mujeres ASBC desarrollaron en 4 meses acciones individuales (70 registradas de consejo y acompañamiento a recursos); grupales (9 talleres sobre temas y servicios de salud con 106 participantes); traducción e interpretación de textos y en consulta; y de sensibilización comunitaria (3 acciones). La segunda edición se encuentra actualmente en la fase de acción. En 2 meses se han desarrollado 27 acciones individuales, 2 grupales y 2 de sensibilización comunitaria. En ambas ediciones se han programado sesiones de formación continuada mientras se desarrolla la fase de acción. Las mujeres de la primera edición han sido invitadas a continuar colaborando: proponiendo personas para la nueva fase de captación y como docentes en la segunda edición. Dos han continuado su formación a través de cursos de mediación y han impartido 3 talleres en colaboración con una asociación del barrio. Se han conseguido fondos de la Mancomunidad de La Ribera y se han programado 10 talleres en diferentes municipios (ya se han realizado 4) impartidos por 5 de las ASBC de la primera edición.

Evaluación y devolución de resultados

Se ha elaborado un informe sobre la primera edición², disponible en www.reducirdesigualdad-sensalud.org y al que se puede acceder para conocer con más detalle el proyecto y su evaluación. Se han devuelto los resultados al grupo de mujeres participantes, a la red de profesionales y a la población general a través de dos presentaciones públicas.

Resultados de la evaluación en relación con el uso de servicios de salud 2008-2009

Las mujeres manifestaron cambios en la relación con profesionales de los servicios de salud: aproximación, espontaneidad, comprensión y aceptación de las indicaciones para el cuidado de la salud recibidas. Conocían y utilizaban mejor los servicios sanitarios (especialmente, AP y urgencias) y los programas preventivos. Acudían a la consulta de Medicina Familiar en lugar de recurrir a la automedicación. Se percibían a sí mismas como referentes en comportamientos y temas de salud en su propio entorno (tabla 2). Facilitaban información y consejo a personas de su red social próxima (familia, amistades y vecindario) sobre el funcionamiento de los recursos sanitarios y programas; las acompañaban a tra-

Tabla 2. Cambios en las agentes de salud en relación con el uso de servicios sanitarios	
Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> EG1-5. «[...] sabes de muchos sitios que antes no, [...] sabes los departamentos del Hospital de la Ribera y antes solo sabía el departamento del parto» EG1-2. «[...] muchas personas que ahora conocemos, después de las visitas del centro de salud, de salud sexual y reproductiva, [...] son médicos que trabajan en La Ribera, [...] en el CIPS»
Relación con profesionales	<ul style="list-style-type: none"> EG1-2. «[...] me siento más relajada delante de cualquier persona, médicos, enfermeras, [...] responsables en la Administración, en los centros de salud [...]; antes no»
No automedicación	<ul style="list-style-type: none"> EG1-4. «[...] antes [...], cuando tuve un problema en la boca, hablé con una amiga y ella me recomendó tomar esto [...]. Fui a la farmacia y me lo compré [...]. Nunca lo voy a hacer»
Ser referente de salud	<ul style="list-style-type: none"> EG1-2. «[...] yo agente de salud tengo que hacerlo para ser un ejemplo bueno para otras personas» EG2-2. «[...] si queremos hacer un cambio [...], ha de partir de nosotras»
Mediación profesionales-población	<ul style="list-style-type: none"> EG1-3. «[...] Hemos ayudado [...] a matronas, a pediatras, a los profesionales en la traducción [...]; hemos facilitado la comunicación entre ellos»
Comportamiento ayuda a iguales	<ul style="list-style-type: none"> EI7. «[...] Puedo aconsejar mejor a otras personas sobre [...] acudir al médico» EG1-1. «[...] dar más consejos a la gente sobre los centros de salud»
Uso adecuado de servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> EI4. «[...] eso de ir a urgencias por cualquier cosa [...]. Ahora ya no [...], cuando me encuentro mal, voy a la doctora»

CIPS: centros de información y prevención del sida.

mitar la tarjeta sanitaria; facilitaban información para que utilizaran adecuadamente el servicio de urgencias y conocieran el programa de seguimiento del embarazo y la forma de acceder y utilizar la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Las mujeres desmontaron creencias erróneas sobre pruebas diagnósticas que dificultaban el acceso al programa de embarazo (tabla 3).

El grupo de profesionales subrayó la calidad de las relaciones entre profesionales y las mujeres y de la atención en consulta describiendo una mayor cercanía, comprensión y aceptación. Manifestaron confianza con las agentes de salud y la población magrebí. Valoraron las acciones de traducción e interpretación árabe-español, considerándolas un recurso de apoyo a su trabajo. Identificaron cambios en el entorno social como la creación de nuevos espacios de diálogo y convivencia en el barrio: unos de carácter espontáneo (socialización), con una mayor visibilidad de las mujeres, y otros organizados (talleres), que han facilitado el encuentro entre personas de diferentes culturas y edades (población magrebí, española y de etnia gitana joven y adulta) y la deconstrucción de prejuicios y estereotipos.

Discusión

Haber desarrollado el modelo RIU en un entorno complejo, con grandes precariedades económicas y educativas, y generado un espacio de «posibilidad de intervención» desde el ámbito de la salud y de forma intersectorial son dos de los principales logros de nuestra experiencia. Durante las dos ediciones del proyecto no se han generado conflictos significativos y se ha ido creando un espacio de confianza y de convivencia en el grupo de mujeres. Espacio que «influye» en la red social de las mujeres, en el barrio y en la relación con profesionales y servicios. La educación entre iguales es una estrategia de intervención altamente recomendable⁵, pero en nuestro modelo la consideramos como una herramienta inicial, un recurso, para generar convivencia. El proyecto ha producido acercamiento entre las propias mujeres, su entorno y profesionales de salud (especialmente, de AP y salud sexual y reproductiva), favoreciéndose el acceso al sistema y eliminando barreras. El segundo logro que destacamos es que los profesionales han modificado la perspectiva hacia la intervención (expresaban dudas sobre su efectividad al inicio), hacia las mujeres en su papel de agentes (las reconocen como tal y valoran su labor) y hacia los grupos culturales más alejados (marro-

Tabla 3. Cambios en la red social de las mujeres agentes de salud

Cambio de creencias	<ul style="list-style-type: none"> • EG1-3. «[...] la mujer que estaba embarazada de más de 4 meses y todavía no había ido a la matrona» • EG2-3. «[...] Quitar a las mujeres el miedo a ir al centro de salud. Les cuesta ir [...]. Es por miedo, por no saber hablar»
Conocimiento de los servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • EG1-2. «[...] una amiga española [...] no sabía que hay dos centros de salud [...] que hacen mamografías» • EI3. «[...] ahora conocen mejor los servicios y conocen servicios de salud que antes no conocían»
Acceso y uso de servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • EG1-1. «[...] dos chicas que no tienen papeles. Una de ellas estaba enferma y fue a urgencias y no la cogen [...], la acompaño a hablar con [...] la trabajadora social y le da la tarjeta sanitaria» • EG1-5. «[...] una amiga tiene problemas sexuales [...], he hablado con ella para acudir al Centro de Salud Sexual» • EG1-3. «[...] Centro de Salud Sexual de Alzira. He hablado con tres mujeres y ya han ido. Tres mujeres son de Marruecos» • EG1-1. «[...] antes muchas mujeres no saben que podían coger directamente cita en el Centro de Salud Sexual [...], les he dicho que podían pedir cita directamente por teléfono o yendo allí»

quíes y comunidad gitana). Otras intervenciones en estos entornos tienen planteamientos de actuación más integrales^{6,7}, que parecen los más oportunos, dado que los elementos salud, educación, trabajo, vivienda, etc., están especialmente relacionados en el mantenimiento de los determinantes sociales de la salud. En el caso del proyecto RIU, se parte de una estrategia de abajo arriba, que sitúa a las personas del barrio como núcleo iniciador del proceso. En otros procesos comunitarios, el punto de partida es el grupo de intervención comunitaria (formado la mayor parte de las veces por profesionales y técnicos) y el diagnóstico comunitario previo al plan de acción^{8,9}. En el modelo RIU se plantea un nivel de análisis de la realidad en una escala «micro» y centrado en el grupo de mujeres que son las que se aproximan al conocimiento del barrio-comunidad (viven allí, son las más expertas en saber qué ocurre, qué necesidades perciben y qué activos poseen), y ligado a dicho análisis participativo, estas mujeres son las que generan acciones a las que van invitando a profesionales de distintos sectores. A medio plazo, nuestro planteamiento es sostener los ciclos de formación-acción y crear grupos mixtos (población y profesionales) de investigación participativa para coproducir actuaciones basadas en la dinamización de activos⁵. Las principales limitaciones son que todavía desconocemos el impacto objetivo del proyecto en la utilización de los servicios y en términos de reducción de desigualdades. Sería interesante añadir estos enfoques a la evaluación e ir monitorizando los posibles cambios¹. En definitiva, ¿qué aporta el modelo RIU? La manera de apro-

ximarnos y trabajar conjuntamente con los tres agentes de cambio: directivo-político, profesional-técnico y, sobre todo, la población, verdadera protagonista del proceso. La metodología participativa, la manera de proceder, generando confianza y no imponiendo los tiempos, siempre proponiendo y devolviendo resultados, pensamos que son las claves de que el Projecte RIU siga adelante.

Proyecto financiando por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en colaboración con el Ayuntamiento de Algemesí, la Mancomunidad de La Ribera y el Centro de Salud Pública de Alzira.

La comunicación sobre el Projecte RIU fue seleccionada para ser presentada como ponencia en la Mesa de Experiencias del XII Encuentro PACAP celebrado en Mallorca en mayo de 2010.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la equidad en salud, monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
2. Paredes-Carbonell JJ, Aviñó A, Peiró R. Informe de buena práctica: Projecte RIU para el acce-

so y uso adecuado de servicios de salud.

Valencia: Fundación para la Investigación H. Dr. Peset; 2009 (documento interno).

3. Mazarrasa L, Blázquez MI, Martínez M, Castillo S, Llácer A. Promoción de la salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales. En: La prevención de la infección del VIH-sida en la población inmigrante. Madrid: Secretaría del Plan Nacional de Sida Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
4. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*. 2007;14:17-22.
5. NICE. Community engagement to improve health. NICE public health guidance 9. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
6. Sierra I, Cabezas J, Brugulat P, Mompart A. Estrategia Salud en los Barrios: actuaciones focalizadas en territorios de especial necesidad social y de salud. *Med Clin*. 2008;131:60-4.
7. Muriel R, Fernández-Regatillo ML, García-Galán R, Fernández-Morales P. Acción.con: construcción de un modelo de acción intersectorial en
8. Martínez-Cía N, Santana A. Abriendo puertas: la promoción de la salud desde un proceso de intervención y participación comunitaria. *Comunidad*. 2005;8:8-18.
9. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.