

# MIHSALUD:

## una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia

### Autores:

**Joan J. Paredes-Carbonell.** Centro de Salud Pública de Valencia. Dirección General de Investigación y Salud Pública. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (Valencia). Área de Desigualdades del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP) (Valencia). Universitat de València  
**Manuela Alcaraz Quevedo.** Centro de Salud Pública de Valencia. Dirección General de Investigación y Salud Pública. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (Valencia). Área de Desigualdades del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP) (Valencia)  
**Pilar López Sánchez.** Centro de Salud Pública de Valencia. Dirección General de Investigación y Salud Pública. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (Valencia)  
**Lina M<sup>a</sup> Ramírez Delgado, Meriem El Bokhari Zoukani.** Asociación ACOEC. Programa MIHSALUD (Valencia)

### Para contactar:

Joan J. Paredes-Carbonell  
paredes\_jo@gva.es

## Resumen

### Objetivo

Describir las herramientas de participación utilizadas en MIHSALUD (Mujeres, Infancia, Hombres construyendo salud), un programa de alta difusión dirigido especialmente a población inmigrante latinoamericana de la ciudad de Valencia.

### Métodos

Se realiza censo de asociaciones y visitas, foros mensuales y cursos de formación-acción de agentes de salud. Se dinamizan ocho zonas de salud, elaborando mapas, contactando con líderes, activando puntos de información y realizando conversaciones y talleres.

### Resultados

Se contacta con representantes de 33 asociaciones. Se llevan a cabo 30 foros; se capacita a 46 agentes de salud (cada agente influye sobre una media de 34,5 personas); se realizan 8 mapas, 74 puntos informativos, 446 conversaciones y 46 talleres en los que participan 544 personas.

### Conclusiones

Las herramientas son útiles para promover la salud y la participación en poblaciones en situación de vulnerabilidad.

## Introducción

Desde hace unos años, Valencia acoge a un creciente número de personas inmigrantes<sup>1</sup>. En 2008, el porcentaje de esta población era de un 14,4% y de éste, un 49%, procedía de América Latina<sup>2</sup>. La inmigración plantea para el sistema sanitario el reto de prestar unos servicios de calidad, acordes con los problemas inherentes al proceso migratorio y reconociendo sus diferencias culturales<sup>3</sup>.

Salud pública significa<sup>4</sup> «el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y para prevenir la enfermedad por medio de acciones colectivas». MIHSALUD (Mujeres, Infancia, Hombres construyendo salud) se desarrolla con la colaboración de ocho centros de Atención Primaria (AP) y se sitúa en el marco de la equidad en salud<sup>5-7</sup>, definida como «la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables»; y en el diseño de estrategias para disminuir estas desigualdades, mayoritariamente de clase social, sexo, territorio y etnia<sup>8</sup>.

Tras un estudio de la realidad<sup>9</sup>, se identifica la salud sexual y reproductiva en la comunidad latinoamericana como tema prioritario para la acción, fijándose como objetivo mejorarla a través del «empoderamiento»<sup>10</sup> de la población e incorporando la perspectiva de género<sup>11</sup>. MIHSALUD desarrolla tres líneas de actuación: mediación intercultural en salud, capacitación de profesionales en competencia intercultural y acción comunitaria. En este artículo se describen los métodos seguidos para desarrollar esta última línea.

**Palabras clave:** promoción de la salud, participación comunitaria, inmigrantes, género.

**LA EQUIDAD EN SALUD, DEFINIDA COMO «LA AUSENCIA DE DIFERENCIAS EN SALUD INJUSTAS Y EVITABLES»**

## Summary

### Title

MIHSALUD: an experience of revitalization among the immigrant community in Valencia

### Objective

Describe the participation tools used in MIHSALUD (Women's, Children's, Men's health building), an outreach program aimed specifically at the Latin American immigrant population in the city of Valencia.

### Methods

We made an inventory of associations and visits and held monthly community forums on health issues and action-training courses for community leaders. The 8 areas defi-

ned were invigorated health, preparing maps, contacting leaders, activists, information points and giving talks and workshops.

### Results

33 associations were contacted by representatives. 30 forums were held: we trained 46 health agents (each agent works with an average of 34.5 people), 8 maps were performed, 74 information points were set up, 446 talks and 46 workshops were given involving 544 people.

### Conclusions

The tools are useful for health promotion and the participation of vulnerable members of the population.

**Keywords:** health promotion, consumer participation, immigrants, gender

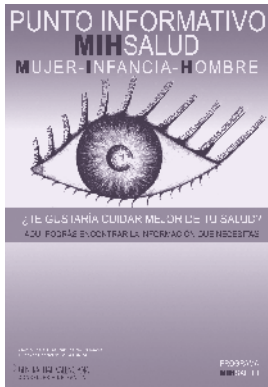


Figura 1. Cartel del Punto informativo de MIHSALUD.

SE ELABORA UN  
CENSO DE ASO-  
CIACIONES. SE  
CONTACTA CON  
ELLAS A TRAVÉS  
DE VISITAS Y  
REUNIONES CON  
EL EQUIPO DEL  
PROGRAMA

### Objetivo

Describir las herramientas que se han utilizado en la acción comunitaria: aproximación a las asociaciones, foro, curso de formación-acción de agentes de salud y dinamización en territorio.

### Métodos

**Diseño.** Descripción de los métodos utilizados para la acción comunitaria del programa dirigida a personas en situación de vulnerabilidad, preferentemente población inmigrante latinoamericana, en la ciudad de Valencia; así como los resultados obtenidos desde 2007 hasta 2011. Las principales instituciones implicadas son: Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV), Ayuntamiento de Valencia, ocho centros de AP (Russafa, Font de Sant Lluís, Plaça Segovia, Sant Marcel·lí, Natzaret, Salvador Pau, República Argentina y Serreria II) y la asociación ACOEC.

*Aproximación a las asociaciones que trabajan «con» población inmigrante.* Se elabora un censo de asociaciones. Se contacta con ellas a través de visitas y reuniones con el equipo del programa: dos mediadoras interculturales y/o dos técnicas/os de salud pública. Se elabora un guión de los temas que se quieren abordar en la reunión (presentación del programa y opinión acerca del mismo, invitación a participar en los foros mensuales y a proponer candidatos a la capacitación como agentes de salud) y se recoge información en una ficha: número de personas asociadas, actividades y funcionamiento; nombre de personas responsables, dirección y teléfono para contactar y experiencia de trabajo en red. Se registra la información en una base de datos.

*Foro 2º Martes Salud*<sup>12</sup>. Se realiza los segundos martes de cada mes, de 17 a 19 horas. Se convoca por correo postal y electrónico a las asociaciones censadas con 2 semanas de antelación, realizándose recuerdo telefónico para confirmar asistencia y motivar la participación. Se invita a una persona del ámbito técnico, profesional o comunitario para que exponga el tema (previamente consensuado) y lo modere. Su estructura es: presentación y exposición (30 minutos); análisis y reflexión en pequeños grupos (30 minutos); debate en asamblea (50 minutos); conclusiones y cierre (10 minutos). Es un espacio de intercambio de información, evaluación y devolución de resultados relativos al programa. Se elabora un acta y se recogen datos de asistencia que se registran en una base de datos.

*Curso de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria*<sup>9</sup>. Basándose en la estrategia de la educación entre iguales<sup>13</sup>, se diseña y oferta anualmente un curso basado en el aprendizaje significativo; se alternan módulos de capacitación teórica y práctica (formación) con transferencia de la «práctica» recibida al ámbito asociativo y comunitario (acción). Al curso acceden personas con perfil de liderazgo propuestas por las asociaciones colaboradoras. El profesorado lo componen profesionales de AP, salud pública y mediación intercultural. Se contabilizan las personas formadas, las asociaciones colaboradoras y las acciones realizadas como «prácticas» que se registran en una hoja de cálculo.

*Dinamización en territorio.* Se priorizan ocho zonas básicas de salud (ZBS) que presentan un porcentaje mayor de población inmigrante latinoamericana. Se lleva a cabo por las dos mediadoras interculturales del programa con la colaboración puntual de agentes de salud. Elaboran mapas en los que se identifican recursos y puntos de encuentro de la población diana: locutorios, peluquerías, restaurantes, tiendas, parques y jardines. Se contacta con las personas que regentan los establecimientos y se les invita a participar como aliadas, activando puntos informativos en sus locales. Un punto informativo es un espacio físico que se ubica en el establecimiento colaborador, identificado como tal mediante un cartel (figura 1), dotado de material divulgativo y preservativos. Las conversaciones son diálogos sobre temas de salud que mediadoras y agentes, a partir de un guión previo y mensajes clave, introducen entre sus iguales en el ámbito informal. Los talleres son sesiones de educación para la salud de 2 horas, realizados en grupos de 6 a 15 personas, por mediadoras o agentes. Conversaciones y talleres tienen como objetivos promover el acceso y la utilización adecuada de servicios; la mejora de la salud sexual y reproductiva, la salud de la mujer y la infantil; la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, y la prevención de la violencia de género.

### Resultados

*Aproximación a las asociaciones.* En el censo se identifican 57 asociaciones. Se realizan 52 visitas y reuniones en 33 entidades, un 58% de las censadas. El 46% de éstas tienen agentes de salud y en el 54% se han realizado talleres. El 30% (17 asociaciones) disponen de agente de salud y punto informativo, hacen talleres y participan en foros.

**Tabla 1**  
NÚMERO DE FOROS 2º MARTES SALUD (2008-2011):  
TEMAS Y PERSONAS MODERADORAS

Temas	n %
Programa MIHSALUD	8 (26,67)
Salud sexual y reproductiva	8 (26,67)
Salud de la mujer y salud infantil	4 (13,33)
Salud e inmigración	4 (13,33)
Prevención violencia de género	3 (10,00)
Trabajo en red entre asociaciones	2 (6,67)
Acceso a servicios de salud	1 (3,33)
<b>Moderados por</b>	
Equipo programa MIHSALUD	10 (33,33)
Profesionales de Atención Primaria y salud sexual y reproductiva	8 (26,67)
Profesionales de salud pública	4 (13,33)
Representantes de asociaciones	4 (13,33)
Profesionales de las ciencias sociales e inmigración	2 (6,67)
Profesionales de Atención Primaria y ciencias sociales	1 (3,33)
Conjunto (en formato jornada)	1 (3,33)

MIHSALUD: Mujeres, Infancia, Hombres construyendo salud.

**Foros 2º Martes Salud.** Se realizan 30 foros. Participan una media de 17 personas (70% mujeres) pertenecientes a 12 asociaciones, un 70% de las asociaciones censadas han acudido alguna vez (tabla 1).

**Curso de formación-acción de agentes de salud.** Se han realizado tres ediciones, superando la capacitación un total de 46 personas (38 mujeres, un 82%) pertenecientes a 26 asociaciones. Las horas de módulos teóricos y prácticos se han ido incrementando: las de la tercera edición suponen el doble de las de la primera. Los contenidos se dividen en tres bloques: a) introducción: fundamentos de la promoción de la salud, contexto de la inmigración y diversidad cultural; b) temas específicos: salud y determinantes, salud sexual y reproductiva, salud de la mujer e infantil, género y prevención de la violencia de género, y c) competencias como educador o educadora entre iguales. La formación de un agente de salud ha repercutido en una media de 34,5 personas de su entorno (tabla 2).

**Dinamización en territorio.** Se elaboran ocho mapas, se activan 74 puntos, se contacta con 75 líderes y se realizan 446 conversaciones y 31 talleres en los que participan un total de 369 personas. Otros 16 talleres (175 participantes) se hacen en zonas distintas de la ciudad. Se ha estimado una participación de mujeres de un 53,65% en las conversaciones y de un 60,15% en los talleres. Los puntos informativos se localizan principalmente en locutorios, tiendas de alimentación, panaderías, asociaciones y centros de salud; las conversaciones se han dirigido fundamentalmente a dar información sobre acceso a la AP y la anticoncepción. Se realizan talleres sobre salud y determinantes; acceso a los servicios de salud; sexualidad y relaciones de pareja; anticonceptivos; prevención de las infecciones de transmisión sexual y sida; salud de la mujer y salud infantil; promoción de la igualdad hombre-mujer. Las zonas de

**Tabla 2**  
CURSOS DE FORMACIÓN-ACCIÓN DE AGENTES DE SALUD DE BASE COMUNITARIA, PARTICIPACIÓN Y ACTIVIDADES EN EL PERÍODO DE PRÁCTICAS

	2009	Edición 2010	2011	Total
<b>Total horas</b>	60	104	120	300
Horas teóricas	52	68	80	200
Horas prácticas	8	36	40	84
<b>Personas formadas como agentes de salud</b>	17	14	15	46
Asociaciones colaboradoras	12	11	12	26*
<b>Actividades de agentes en las horas prácticas</b>				
Líderes contactados	22	14	16	52
Puntos informativos	33	35	16	84
Conversaciones	71	73	85	229
Talleres	24	40	46	110
Participantes en talleres	336	506	466	1.308
<b>Personas beneficiadas</b> (líderes + conversaciones + participantes en talleres)	429	593	567	1.589
Relación personas beneficiadas/agentes	25,23	39,53	40,5	34,54

\* Hay asociaciones distintas que han colaborado solo en una edición y asociaciones que lo han hecho en más de una.

República Argentina y Serrería II se han incorporado en 2011, por lo que aún no se han realizado conversaciones ni talleres (tabla 3).

### Discusión

La participación de la población en temas de salud no es fácil<sup>14</sup> y más cuando se trata de grupos alejados del sistema de salud, siendo escasas las publicaciones sobre intervenciones en estas poblaciones<sup>15</sup>. MIHSALUD plantea una planificación de la acción comunitaria, combinando distintas herramientas y dedicando espacio, tiempo y recursos para motivar y hacer intenso y ágil el proceso participativo<sup>16</sup>. A través de estas herramientas se pretende «empoderar» a la población y superar los elementos de complejidad del escenario urbano: amplitud y versatilidad del territorio, dispersión de la población diana, pocos «hábitos» de trabajo conjunto población-profesionales-administración, escasa práctica en salud comunitaria, etc. La aproximación a las asociaciones (hace que los profesionales «vayamos a su terreno») genera confianza e «implica» de manera directa. Los foros son un espacio de transferencia mutua entre el ámbito asociativo y profesional; entre asociaciones y el progra-

LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN TEMAS DE SALUD NO ES FÁCIL Y MÁS CUANDO SE TRATA DE GRUPOS ALEJADOS DEL SISTEMA DE SALUD

**Tabla 3**  
ACTIVIDADES DE DINAMIZACIÓN EN LAS OCHO ZONAS BÁSICAS DE SALUD PRIORIZADAS (2008-2011)

Zona básica priorizada-centro de salud	Actividades de dinamización y porcentajes (%)				
	Líderes contactados	Puntos activados	Conversaciones	Talleres	Participantes en talleres
Russafa <sup>a</sup>	11 (14,67)	11 (14,86)	93 (20,85)	6 (19,35)	135 (36,59)
Font de Sant Lluís <sup>a</sup>	18 (24,00)	18 (24,32)	99 (22,20)	4 (12,90)	82 (22,22)
Plaça Segovia <sup>a</sup>	9 (12,00)	9 (12,16)	72 (16,14)	13 (41,94)	88 (23,85)
Sant Marcel·lí-La Torre <sup>a</sup>	7 (9,33)	7 (9,46)	90 (20,18)	5 (16,13)	38 (10,30)
Natzaret <sup>b</sup>	8 (10,67)	7 (9,46)	50 (11,21)	2 (6,45)	16 (4,34)
Salvador Pau <sup>b</sup>	9 (12,00)	9 (12,16)	42 (9,42)	1 (3,23)	10 (2,71)
República Argentina <sup>b</sup>	5 (6,67)	5 (6,76)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Serrería II <sup>b</sup>	8 (10,67)	8 (10,81)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<b>Total<sup>c</sup></b>	<b>75 (100)</b>	<b>74 (100)</b>	<b>446 (100)</b>	<b>31 (100)</b>	<b>369 (100)</b>

<sup>a</sup> Departamento Valencia Dr. Peset.

<sup>b</sup> Departamento Valencia Clínic Malva-rosa.

<sup>c</sup> No se incluyen 16 talleres (ni los 175 participantes que participaron en ellos) que fueron realizados en la ciudad de Valencia, pero en otras zonas de salud distintas a las priorizadas.

ma<sup>17</sup>. El curso de agentes permite contar con un grupo de líderes capaces de difundir mensajes de salud y de acceso a servicios entre sus iguales. Se considera exitoso sistematizar un trabajo «a pie de calle» en el que se consiguen personas aliadas, se activan puntos informativos y se realizan acciones individuales (conversaciones) y grupales (talleres). En el territorio, las mediadoras interculturales<sup>13</sup>, apoyadas por agentes de salud y técnicos, actúan como eje vertebrador de la acción. Las principales dificultades encontradas tienen que ver con la fragilidad del tejido asociativo y la necesidad de mayor implicación de las entidades. Por otro lado, trabajar con asociaciones no asegura que se esté llegando a la población más alejada del sistema, y sería deseable una mayor capacidad de movilización por parte de las mismas; para conseguirlo, administración y profesionales han de apoyarlas y fortalecerlas. Cabe destacar la necesidad de mayores recursos para que esta dinamización sea lo suficientemente intensa para conseguir y mantener cambios significativos.

La participación de las mujeres ha sido muy superior: suponen el 70% de asistentes a los foros, el 82% de agentes de salud formadas y el 60% de participantes en talleres. Se plantea, pues, la necesidad de una mayor implicación de los hombres. La perspectiva de género se ha tenido en cuenta tanto en la realización de talleres, para mujeres, hombres y mixtos, como en el análisis por sexo de los resultados, y está prevista su incorporación en la evaluación del programa<sup>11</sup>.

Construir programas vivos, dinámicos y participativos no solo es necesario, sino posible. Las herramientas descritas en esta experiencia son útiles para promover la salud en poblaciones con características culturales muy específicas, como la población inmigrante, y frecuentemente alejadas del sistema de salud, pero hace falta demostrar que con este enfoque se consiguen mayores y mejores resultados, por lo que sería deseable contar con una evaluación de los efectos de este programa.

### Bibliografía

1. Oficina Técnica Plan Norte Sur. Plan Norte Sur 2009-2013. Valencia: Ayuntamiento de Valencia; 2010. p. 35.
2. Moncusí A, Llopis R. Nuevos y viejos vecinos en dos barrios de Valencia (Orriols y Russafa). Valencia: Ayuntamiento de Valencia; 2009. p. 6.
3. Alcaraz M, Hurtado F, López-Sánchez P, García-Moreno LJ, Pereiro I, Monrabal A, et al. Estudio de las perspectivas de los profesionales sanitarios y de los inmigrantes usuarios sobre los servicios de atención primaria y promoción de la salud en el

departamento Hospital Dr. Peset de la Comunidad Valenciana. *Sexología Integral*. 2010;7(1):7-17.

4. 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. p. 10.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración Mundial de la Salud y Política de salud para todos para el siglo XXI [Internet]. Ginebra: 1998 [consulta el 23 de septiembre de 2011]. Disponible en <http://snipurl.com/22c2k5c>.
6. Consejería de Sanidad. III Plan de Salud de la Comunidad Valenciana [Internet]. Valencia: 2010 [consulta el 23 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://snipurl.com/22c2kd5>.
7. Decreto 98/2009 por el que se aprueba la cartera de servicios de salud pública en la Comunidad Valenciana [Internet]. Valencia; 2009 [consulta 23 de septiembre de 2011]. Disponible en: [http://www.docv.gva.es/datos/2009/07/21/pdf/2009\\_8591.pdf](http://www.docv.gva.es/datos/2009/07/21/pdf/2009_8591.pdf).
8. 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.
9. Sección de Promoción de la Salud. Proyecto piloto de promoción de salud y participación ciudadana en población inmigrante iberoamericana de la ciudad de Valencia. Valencia: Centre de Salut Pública de Valencia; 2007 (documento interno).
10. Perera V. Glosario de términos y contenidos básicos en participación comunitaria del PACAP Comunidad. 2010;12:84-9.
11. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en Programas de Salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. p.13-14.
12. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Barcelona: Masson; 1990. p. 185-6.
13. 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. p. 79-81.
14. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20 Supl1:192-202.
15. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18:158-67.
16. Paredes-Carbonell JJ, Álvarez-Dardet C. Intervenciones en salud en poblaciones vulnerables. En: Hernández-Aguado I, Gil de Miguel A, Delgado Rodríguez M, Bolúmar Monrull F, G. Benavides F, Porta Serra M, et al. Manual de epidemiología y salud pública. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 322-6.
17. Hills M, Mullett J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Pan Am J Public Health*. 2007;21:125-35.

CONSTRUIR PROGRAMAS VIVOS, DINÁMICOS Y PARTICIPATIVOS NO SOLO ES NECESARIO, SINO POSIBLE