

## ORIGINALES

# Igualdad, participación y salud desde un enfoque multicultural

[Ver en PDF](#)

**Lucía Álvarez Pérez.** Trabajadora social. Centro de Salud Guayaba. Madrid

**Carmen Coello Alarcón.** Enfermera. Centro de Salud Guayaba. Madrid

**Beatriz Orellana Cano.** Odontóloga. Centro de salud de Guayaba. Madrid

**Dolores Peña Peña.** Matrona. Centro de Salud Guayaba. Madrid

**Gema Casero Celis.** Asociación para el Desarrollo del Plan Comunitario de Carabanchel Alto

**Mercedes García Rodríguez.** Asociación para el Desarrollo del Plan Comunitario de Carabanchel Alto

### Para contactar:

Gema Casero Celis: [plancomunitario@gmail.com](mailto:plancomunitario@gmail.com)

## RESUMEN

Tras la realización de una investigación participativa con mujeres inmigrantes en el barrio, se constata la existencia de barreras que les dificultan tanto la prevención como el acceso y la utilización de los servicios sanitarios.

Destacan:

- Los factores económicos y sociales que generan un perfil de vulnerabilidad.
- Las particularidades culturales que implican diferencia en cuanto a comportamientos y actitudes frente a la salud.
- La escasez de materiales adaptados a sus características.
- La falta de empoderamiento en las mujeres para solicitar una información que les sea útil.

La iniciativa con implicación comunitaria va dirigida a mujeres inmigrantes. Su finalidad es que, a partir de estrategias de participación comunitaria, se eliminen las barreras, promoviendo comportamientos saludables.

Se realizan actividades de carácter participativo en torno a la salud, en las cuales las participantes eligen los temas y la metodología.

Para ello, trimestralmente se hacen dos sesiones de hora y media en las que las participantes codiseñan las distintas actividades. Se evalúa el conocimiento sobre los temas que se van a tratar. Mensualmente se desarrollan talleres, visitas, videofóruns y entrevistas con profesionales; y trimestralmente se hace una sesión dedicada a evaluar de manera conjunta las actividades.

Durante los 2 años del proyecto la asiduidad a las actividades ha sido de 90%, se han realizado un total de 22 actividades y han participado 140 mujeres. Un 80% han mejorado su accesibilidad a los servicios sanitarios.

Están implicadas más de 15 profesionales sanitarias y 10 entidades del barrio.

**Palabras clave:** identidad de género, cultural, comunitario.

## PARTICIPATION, EQUALITY AND HEALTH

### Abstract

After carrying out research involving immigrant women from the neighbourhood, we can confirm that several barriers exist making it difficult for these women to access prevention programmes and medical services.

We highlight the following:

- Economical and social factors, generating a susceptibility profile.
- Distinctive cultural features involving the difference between behaviour and attitude to health.
- A shortage of materials due to life conditions.
- Lack of empowerment among women that prevents them from requesting useful information.

The community-based initiative is designed for immigrant women. Its objective is to remove barriers through community-participation strategies in order to promote healthy behaviour.

Participative and healthy activities are carried out, in which the participants choose subjects and methodology.

We hold two quarterly sessions lasting an hour and a half each. The participants co-design different activities. Knowledge about the issues dealt with is evaluated. We hold monthly workshops, visits, a video forum, interviews with professionals... We organise a quarterly session to evaluate group activities.

During the two years of the project, participation has been around 90%, 22 activities have been organised, 140 women have taken part and 80% of the women now have better access to healthcare.

Fifteen healthcare professionals and ten neighbourhood organizations are involved in this project.

**Key words:** gender identity, culture, community networks.

## INTRODUCCIÓN

Los cambios económicos sufridos en el país en los últimos años han impactado sobre la situación de la población de forma negativa, y sobre todo está teniendo una mayor repercusión en las personas migrantes, trabajadores manuales no cualificados y otros colectivos vulnerables, ya que estos parten de posiciones más precarias.

Todo esto se refleja de manera negativa en su salud y en el empeoramiento de su condición socioeconómica, sumándose además los riesgos sociales, especialmente una mayor desagregación de la estructura social. Estos datos se ponen de manifiesto en diversos ámbitos:

- Artículos publicados en revistas especializadas<sup>1-3</sup>.
- Informes de organizaciones oficiales<sup>4,5</sup>: Caritas, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), etc.
- Mesa de Salud de Carabanchel Alto (antiguo Consejo de Salud).

Según los datos consultados en el Ayuntamiento de Madrid a fecha de enero de 2014, en el barrio de Carabanchel Alto residen 3.649 migrantes, de los cuales 1.393 son mujeres. Todas ellas tienen como centros de referencia de Atención Primaria (AP) los centros de salud de Guayaba y Carabanchel Alto<sup>6</sup>.

Un alto porcentaje de estas mujeres migrantes son de procedencia árabe, con arraigo en el país, sin calificación educativa ni profesional, con problemas de comprensión y comunicación lingüística, choque cultural, graves problemas económicos, desconocimiento de los recursos y/o dificultades para acceder y utilizarlos de forma óptima.

La Comunidad de Madrid ha realizado diversos planes de promoción de salud y prevención para colectivos vulnerables de migrantes, algunos de ellos dirigidos a promover la integración de la población extranjera en los diferentes ámbitos de la vida social, laboral, sanitaria y educativa en condiciones de equidad<sup>7</sup>.

En una de las reuniones realizadas por la Mesa de Salud, la Asociación para el Desarrollo del Plan Comunitario de Carabanchel Alto nos informó sobre el proyecto Igualdad, Participación y Empleo, que están desarrollando desde hace más de 10 años con el apoyo del Ayuntamiento de Madrid y que ha ido adaptándose a las características de las participantes y del barrio, y nos pidió colaboración a las distintas entidades públicas y privadas que conforman la Mesa. Como consecuencia de esta petición, se implicaron en dicho proyecto las siguientes entidades y asociaciones: Centro de Salud Carabanchel Alto, Centro Municipal de Salud (CMS), Caritas Vicaría VI, Asociación de Padres, Familiares y Amigos de Drogodependientes la Esperanza (ASPAFADES), Fundación Melior, Progestión, Centro Juvenil Carabanchel Alto, Oficina de información juvenil, Oficina de Atención al Inmigrante del Ayuntamiento de Madrid, Parroquia San Pedro Apóstol, y Asociación de Mujeres de Carabanchel Alto.

Tras los resultados de la investigación activo-participativa realizada por la Asociación para el Desarrollo del Plan Comunitario de Carabanchel Alto y el Centro de Salud Guayaba que se enmarca en las actividades de la Mesa de Salud de Carabanchel Alto, se llegó a la conclusión de que las mujeres migrantes, indiferentemente del arraigo de las mismas en el barrio:

1. Desconocían los recursos existentes en el barrio.
2. Aunque los conocieran, no sabían cómo acceder a ellos.
3. En varias ocasiones no seguían las prescripciones sanitarias, ya fuera por el idioma, por motivos culturales o por el funcionamiento organizativo de los recursos, como ya constatará Josefa Achotegui<sup>8</sup>, profesora de la Universidad de Barcelona especialista en migraciones.
4. Falta de empoderamiento necesario para mantener una interacción que posibilite la optimización del uso de este recurso.

Con todos estos datos, en 2014 se programaron una serie de actividades participativas en torno a los recursos de salud, que se englobaron bajo el epígrafe Participación, Igualdad y Salud, con las que se pretende empoderar a las mujeres en esta área, así como visibilizar las barreras e intentar solventarlas. Son actividades que están en consonancia con el Plan de Promoción y Prevención de la Salud de la Comunidad de Madrid ya citado<sup>7</sup> y que se articulan en torno a una metodología de intervención comunitaria.

## OBJETIVOS

General:

- Contribuir al empoderamiento en el área sociosanitaria de las participantes para que mejoren su calidad de vida y la de sus familias, facilitando la

integración y participación activa en el barrio.

Específicos:

- Mejorar el conocimiento, accesibilidad y utilización de los recursos de salud, basándonos para ello en un modelo de salud salutogénico.
- Favorecer la igualdad al derecho de la protección de la salud, visibilizando y eliminando barreras procedentes de la particularidad cultural.
- Empoderar a las participantes como activos de salud de su familia y comunidad de referencia a través de la formación y el refuerzo de sus habilidades personales y sociales.
- Reforzar la red de coordinación ya existente entre los distintos recursos y crear sinergias entre los participantes y el personal de los recursos existentes.

## MÉTODOS

Para intentar dar respuesta a estas necesidades, se decidió crear una comisión compuesta por profesionales sanitarios, sociales y mujeres inmigrantes que ya participaban en actividades de la Asociación para el Desarrollo Comunitario de Carabanchel Alto, para codiseñar unos materiales y una metodología adaptada que nos permitiera conocer su situación sanitaria y la de sus familias (sus conocimientos, necesidades, expectativas e inquietudes, potencialidades personales entorno a la salud).

Las funciones principales de esta comisión fueron:

1. Valorar los temas que se iban a impartir.
2. Ver qué métodos y materiales se iban a utilizar.
3. Organizar el cronograma con fechas y horas que se adaptaran a su situación.

Tras varias reuniones de la comisión, se llegó al acuerdo de realizar un programa con carácter cíclico (figura 1):

A continuación, la comisión se reunió con las mujeres participantes para proponerles los temas a tratar y el cronograma realizado, con el fin de llegar a un acuerdo o realizar las modificaciones pertinentes, siempre adaptándonos a sus necesidades.

Para las primeras reuniones con la comisión se consiguió formar un grupo de 15-20 mujeres con una media de edad de 35-40 años, casadas, con tres o más hijos. La mayor parte de ellas no sabían castellano, aun llevando varios años residiendo en España, por lo que hubo problemas de comprensión lingüística; muchas de ellas entendían, pero no hablaban.

Tras estas reuniones se verificaron los temas a tratar, el horario de los talleres, el lugar de encuentro y se remarcó la necesidad de traductores.

Así, en todas las sesiones se contó con traducción por medio de las participantes que tienen un mayor conocimiento del idioma y con la posibilidad de pedir un asesoramiento y acompañamiento individual a los distintos profesionales implicados.

El horario que se estableció es de 14:30 a 16:00 por ser la franja horaria que los menores están en el colegio. Si una sesión ha necesitado ampliar el horario, se ha hecho de 9:30 a 12:00, coincidiendo igualmente con el horario escolar.

Los talleres se realizaron en la sede de la Asociación para el Desarrollo del Plan Comunitario de Carabanchel Alto, aunque para reforzar algunos de ellos se hicieron salidas y visitas a otros centros.

Dado el carácter comunitario de este proyecto, se han realizado actividades de carácter participativo, que se apoyan en el desarrollo de la intervención psicosocial para reforzar la competencia cultural de todos los agentes implicados. De esta forma se han compartido experiencias y reflexiones, produciendo sinergias que mejoran las capacidades tanto de los profesionales como de las participantes.

Los talleres se han agrupado en cinco bloques temáticos:

1. Conoce tu centro de salud: se ha trabajado sobre la cartera de servicios de los centros de salud, los profesionales que hay, deberes y derechos.
2. Pediatría: se ha abordado el programa del niño sano de 0 a 14 años, incluyendo además temas sanitarios, temas psicológicos, sistema educativo y recursos infantoyjuveniles.
3. Planificación familiar: uno de los temas en el que tenían más interés, ya que por motivos culturales generalmente no se atreven a solicitar información y visitar a los profesionales de referencia, siendo fundamental la presentación de la figura de la matrona, la cual desconocían.
4. Mujer de carácter integral: se han abordado temas de carácter sanitario, social, psicológico y jurídico. Alguno de los temas tratados han sido: patología asociada a las mujeres, relaciones familiares y acceso a recursos socioeconómicos y legales (figura 2).
5. En este bloque se agrupan aquellos temas, que completan a los anteriores. Ley de extranjería, plataformas de ayuda al migrante, competencia cultural, etc.

Todos estos bloques se desarrollan según el siguiente esquema:

Figura 1. Cronograma del proceso del desarrollo de la iniciativa



Figura 2. Taller prevención de violencia de género.



- Se recogen las características, necesidades y expectativas de las participantes a través de dinámicas de producción grupal: grupos de discusión en los que, mediante tablas, las participantes reflejan sus conocimientos del tema y costumbres. Se dedican dos sesiones de hora y media.
- Se realizan reuniones formativas (el número de sesiones dependerá del contenido del tema solicitado). Exposición de contenidos con metodología y material adaptado a las necesidades de las participantes (figura 3).
- Se mantienen reuniones amistosas o charlas de café de carácter informal para intercambiar experiencias y que se establezcan relaciones positivas con los diferentes profesionales.
- Los bloques se finalizan con la realización de una reunión evaluativa para valorar las sesiones y proponer nuevos temas a trabajar o profundizar en los temas tratados.

**Figura 3. Herramienta generada para poder hacer el análisis de realidad.**



Para completar estas sesiones se realizan visitas guiadas y actividades de carácter comunitario (videofóruns, encuentros con otros grupos, paseos, fiestas, degustaciones, etc.).

Para llevar a cabo el desarrollo de todos los bloques temáticos, ha sido necesaria la participación de manera activa de diferentes entidades y profesionales, entre los que se encuentran:

- Profesionales de los centros de salud de Guayaba y Carabanchel Alto: cuatro enfermeras, pediatra, matrona, odontóloga, auxiliar de enfermería, auxiliar administrativa y trabajadora social.
- Centro Municipal de Salud: psiquiatra, médico, enfermero y matrona.
- Otras entidades públicas: Centro Juvenil Carabanchel, Oficina de Información Juvenil, Servicio de Mediación Intercultural, Oficina de Información y Orientación al Inmigrante, Servicios Sociales, Biblioteca Pública Luis Rosales, etc.
- Entidades sin ánimo de lucro: ASPAFADES, Progestión, Cáritas, Fundación Melior, etc.
- Mesa de Salud de Carabanchel Alto (antiguo Consejo de Salud) formado por: Centro de Salud Guayaba, Centro de Salud Carabanchel Alto, CMS, Servicios Sociales, Agentes de Igualdad, Centro de Atención a la Drogodependencia, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Mayores Francisco de Goya, Hospital doce de octubre, Centro Juvenil, ASPAFADES, Cáritas, Parroquias Santa M<sup>a</sup> Madre de la Iglesia y San Pedro Apóstol, Centro Democrático y Cristiano, Asociación de Vecinos Carabanchel Alto, Asociación Cultural de Carabanchel Alto, Asociación de Mujeres Carabanchel Alto, Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Carabanchel y Latina (ARACYL), Residencia Orpea, Residencia Duquesa de Tamames, Asociación para el Desarrollo del Plan Comunitario de Carabanchel Alto.

## RESULTADOS

Durante los 2 años que se lleva desarrollando el proyecto se han realizado un total de 33 talleres, algunos de ellos con diverso número de sesiones, por lo que el total de sesiones realizadas han sido 100. Empezamos con 20 mujeres, y con el paso del tiempo, y debido a la comunicación entre ellas, hemos conseguido que el número total de participantes ascienda a 142, 40 de las cuales asisten a más del 90% de las sesiones y el resto al menos a 10.

La gran mayoría de los talleres se ha realizado en el citado local; pero se han organizado visitas a diferentes centros, como son los centros de Atención Primaria (CAP), Centro Municipal de Salud, centros juveniles, recintos feriales, asociaciones sin ánimo de lucro, visitas culturales por la Comunidad de Madrid, etc.

La evaluación se ha llevado a cabo de forma cualitativa y cuantitativa. Para conocer la evolución completa del mencionado proyecto es necesario dividirla en diferentes aspectos:

- Evaluación de las mujeres participantes tras cada taller impartido.
- Evaluación trimestral a través de cuestionarios y entrevistas personales a las participantes.
- Evaluación conjunta de los profesionales participantes con la Asociación para el Desarrollo del Plan Comunitario de Carabanchel Alto.

Tras la realización de cada taller se les entrega un cuestionario de evaluación tanto de conocimientos como de satisfacción con presuntas del tipo (figura 4):

**Figura 4. Cuestionario de grado de satisfacción de los participantes**

- ¿Los contenidos de las sesiones han sido los definidos?
- ¿Ha sido adecuado el método de exposición?
- ¿Los materiales han sido suficientes?
- Preguntas relacionadas con los temas tratados. Como por ejemplo: «¿Qué hago si mi hijo se cae y se rompe un diente?», «¿Cuándo tengo que vacunar a mi hijo?», «¿Cómo pido cita en el CAP?», «¿Cómo se hace el examen de nacionalidad?», «¿Cómo funciona el préstamo de libros en instituto?», «¿Dónde puedo conseguir mejorar la formación?».

Cada 3 meses la Asociación para el Desarrollo del Plan Comunitario de Carabanchel Alto realiza una evaluación a las participantes más personal, en la que se valora si la participación a los talleres les está ayudando en su vida personal y familiar. De esta manera se sabe si hay que ampliar o volver a tratar algunos temas.

Por otro lado, se realiza la evaluación de cada bloque temático conjuntamente con los profesionales participantes y la referente de la asociación. Los conceptos que se valoran son:

- Sesiones previstas.

- Materiales y contenidos utilizados.
- Técnicas empleadas.
- Duración de talleres.
- Efectos no previstos.

Tras esta compleja evaluación podemos decir que:

Después de haber analizado las correspondientes encuestas realizadas, podemos afirmar que hemos cumplido en gran parte con los objetivos planteados:

- Mejora de conocimientos: de las 140 participantes en estos 2 años, el 80% ha mejorado sus conocimientos sobre los temas tratados (recursos del barrio, acceso a los mismos, hábitos de salud, etc.). Al aumentar los conocimientos se observa que las participantes se hacen más responsables tanto de su salud como de la de sus familiares, convirtiéndose en agentes de salud, que era uno de nuestros objetivos específicos.
- Favorecer la igualdad: con la creación de estos grupos se facilita a los participantes el acceso a diferentes recursos y se observa que en poco tiempo aumenta la demanda de servicios por las mujeres a los diferentes profesionales que han participado en las sesiones. Por ejemplo, se incrementa el número de consultas de salud de pacientes musulmanas en un 10%.
- El grado de satisfacción medio con el desarrollo del programa ha sido de 8 sobre 10.
- Respecto a nuestro último objetivo específico, que valora relaciones, podemos decir:
  - Se han reforzado la red de coordinación ya existente, aumentando el número de participantes, el número de reuniones y el número de actividades e iniciativas conjuntas.
  - Hemos mejorado nuestra competencia cultural a través de la interacción con las participantes.
  - Las participantes se han convertido en un recurso activo de salud, ya que actúan como mediadoras con su comunidad de referencia.

Cabe destacar que esta iniciativa está siendo solicitada por otros grupos de carácter formal e informal que han tenido conocimiento de este proyecto.

## DISCUSIÓN

Tras la realización de este proyecto y en comparación con los diferentes talleres de educación para la salud que hemos realizado a lo largo de nuestra vida profesional, debemos de mencionar, por un lado, la satisfacción personal que nos ha aportado a cada uno de los participantes, y por otro los beneficios que esta iniciativa ha aportado al funcionamiento del centro de salud por diferentes motivos:

- Se ha conseguido formar un equipo multidisciplinar en el que encontramos profesiones de diferentes áreas, como son: sanitarios, abogados, educadores sociales, dinamizadores, etc., creando una red informal que permite optimizar los escasos recursos del barrio y favorecer sinergias para nuevas intervenciones.
- Hemos mejorado el conocimiento de los diferentes agentes que trabajan por la mejora de la calidad de vida del barrio.
- Se ha disminuido la distancia que estaba creada entre la población migrante del barrio y los profesionales que trabajamos en él, lo que nos ha permitido conocer las características y peculiaridades de su cultura y forma de vida.

Después de 2 años trabajando con estas mujeres, hemos observado cambios positivos en ellas:

- Ahora conocen a ciertos profesionales que pueden ser necesarios en sus vidas, como ejemplo más destacado la figura de la matrona.
- Han encontrado en sus CAP personal de referencia al que dirigirse ante cualquier situación.
- Han adquirido herramientas y habilidades personales que les permite llevar un estilo de vida acorde con su cultura dentro del barrio.
- Son capaces de visibilizar y tratar problemas y situaciones sociosanitarias que anteriormente mantenían ocultas.

En este proyecto también nos hemos encontrado con algunas dificultades:

- En un principio, fue necesario trabajar la confianza de las participantes en los profesionales, por su timidez para intervenir en las sesiones.
- Disponemos de un espacio reducido para impartir las sesiones, ya que la asistencia va aumentando.
- El idioma ha sido un problema para la comunicación, ya que hablan distintos dialectos de árabe.
- Hemos tenido que adaptar las actividades al horario escolar, lo que ha supuesto hacer las sesiones en horario extralaboral.
- La realización de las actividades complementarias depende de la voluntariedad de los profesionales, ya que lo hacen de manera voluntaria y aportando el material necesario para las sesiones.

Con el paso del tiempo estas dificultades han ido mermando y podemos afirmar que se han generado una serie de herramientas y procedimientos que pueden servir de base para explicar la experiencia y formar a otros equipos que deseen llevar a cabo proyectos de la misma índole en centros de salud con población de características semejantes.

La sostenibilidad del proyecto está garantizada porque una de las líneas fundamentales, tanto del personal del centro de salud como de las instituciones y entidades que lo respaldan, es la intervención con la comunidad desde una perspectiva integral e integradora, donde el protagonista es el ciudadano, que no es un mero beneficiario, sino que es un agente activo de su salud y de la de su comunidad a través de un proceso de empoderamiento.

### CONTENIDOS Y METODOLOGÍA

Valora del 1 al 10 los siguientes ítems, siendo 10 la valoración más positiva y 1 la valoración más negativa

En cuanto a contenidos...	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me han gustado										
Me han sido útiles para mi vida										
Han cumplido mis expectativas										
He visto contenidos que yo mismo he elegido										

La metodología...	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Forma en que el ponente ha dado el taller										
Los materiales me ayudan a aprender										
Los contenidos son útiles a mi vida diaria										

### PRÓXIMAS ACTIVIDADES

1. ¿Vas a venir a los próximos monográficos?

---

2. ¿Qué horarios te vienen mejor?

---

3. ¿Qué temas te gustaría tratar?

---

Destacamos que este trabajo se lleva a cabo por la existencia de redes consolidadas de coordinación e intervención, como son la Mesa de Salud de Carabanchel Alto, y la Mesa de Empleo e Inmigración de Carabanchel y Latina, entre otras, y la voluntariedad de todos los participantes de las instituciones, asociaciones y entidades implicadas.

Es necesario seguir potenciando las intervenciones de carácter local, integral y comunitario para poder llevar a cabo proyectos de esta envergadura.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vizán C. Los inmigrantes ante la crisis económica: ¿De la precariedad a la exclusión? Revista Mugak. 2011(54):7-14.
2. Solé C, Cachón L. REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 2006(116):13-52.
3. Medina E, Herrarte A, Vicéns J. Inmigración y desempleo en España: Impacto de la crisis económica. Revista ICE. 2010(854):37-48.
4. García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Gac Sanit. 2014;28(S1):31-6.
5. Francisco Lorenzo Gilsanz. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Fundación FOESSA 2014.
6. Informe de población. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2014.
7. Fernández Delgado D, Solano Villarrubia C, Robles Delgado E, Aguado Arroyo O, Garabato González S, Serra Rivas P, et al. Taller sobre salud, inmigración e interculturalidad. Madrid: Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; 2012.
8. Achotegui J. Síndrome de Ulises. Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. 2005;V(21):39-53.

[Volver](#)

Igualdad, participación y salud desde un enfoque multicultural

*Lucía Álvarez Pérez, Carmen Coello Alarcón, Beatriz Orellana Cano, Dolores Peña Peña, Gema Casero Celis y Mercedes García Rodríguez*

Comunidad septiembre 2016;2(18):5

ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

### Dejar un comentario

0  
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar