VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

TESIS DOCTORAL 2020

Programa de Enfermería Clínica y Comunitaria

Promoción de salud y educación entre iguales en contextos urbanos de vulnerabilidad

TESIS DOCTORAL
Mª Pilar López Sánchez

DIRECTORES DE TESIS
Joan Josep Paredes i Carbonell
Aránzazu Grau i Muñoz

TUTOR DE TESIS
Ferran Ballester Diez

València, 1 de septiembre de 2020

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

TESIS DOCTORAL 2020

Programa de Enfermería Clínica y Comunitaria

Promoción de salud y educación entre iguales en contextos urbanos de vulnerabilidad

TESIS DOCTORAL
Mª Pilar López Sánchez

DIRECTORES DE TESIS
Joan Josep Paredes i Carbonell
Aránzazu Grau i Muñoz

TUTOR DE TESIS
Ferran Ballester Diez

València, 1 de septiembre de 2020

Informe favorable del director i de la directora de la tesi doctoral

Per la present,

Donem fe que

Na Pilar López Sánchez, Diplomada y Grado en Infermeria per la Universitat de València,

ha realitzat amb la nostra direcció la tesi doctoral, titulada: ***"Promoción de salud y educación entre iguales en contextos urbanos de vulnerabilidad"****, i autoritzem la seua presentació per a optar al grau de Doctora en Infermeria Clínica i Comunitària.*

I per a que conste, I als seus efectes oportuns, signem la present

En València a 1 de setembre de 2020.

Director

JOAN JOSEP| PAREDES| CARBONELL

Firmado digitalmente por JOAN JOSEP| PAREDES|CARBONELL
Fecha: 2020.09.04 18:45:53 +02'00'

Dr. Joan Josep Paredes i Carbonell
Subdirector mèdic
Departament de Salut de La Ribera

Directora

ARANZAZU GRAU MUÑOZ - NIF:29190827D

Firmado digitalmente por ARANZAZU GRAU MUÑOZ - NIF:29190827D
Fecha: 2020.09.04 11:52:45 +02'00'

Dra. Aránzazu Grau i Muñoz
Professora de Sociologia
Departament de Sociologia i Antropologia Social. U.V

Tutor de la tesi

Dr. Ferran Ballester Díez
Catedràtic d'Infermeria
Departament d'Infermeria. Universitat de València

A mis padres Diego y Pilar y a mi hermano Juan Ramón por animarme a perseguir mis sueños.

A Rafa por su apoyo incondicional, a Carlos y Rafa por sus continuas enseñanzas.

La promoción de la salud y la participación comunitaria se construyen colectivamente y fomentan la justicia social. Hablar de salud en aquellos espacios y lugares donde más se necesita, es un reto de una sociedad tejida interculturalmente, al considerar que somos las propias personas las protagonistas de nuestra salud.

En agradecimiento y reconocimiento a todas las personas que luchan por la equidad en salud. Su compromiso y entrega facilita que cada día el programa mihsalud llegue a aquellas personas que más lo necesitan.

Al equipo de agentes de salud, con quien he aprendido a valorar la riqueza de la diversidad cultural. Su valentía y liderazgo ha permitido crear durante estos años espacios de salud, convivencia e interculturalidad, fomentando la promoción de la salud entre sus iguales y el desarrollo de la salud comunitaria.

Al Centro de Salud Pública de Valencia, a mis compañeras y compañeros de la sección de promoción de la salud, a la Atención Primaria de Salud, a las Asociaciones, a la Universidad y al Ayuntamiento de València.

Especialmente mi agradecimiento a Nela, Joan, Arantxa y Ferran, que han hecho posible que esta tesis sea una realidad.

PRÓLOGO

PRÓLOGO

Esta tesis se presenta como compendio de tres artículos publicados en revistas indexadas, siendo la doctoranda la primera autora en todos ellos:

1) López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, Ramírez LM, El Bokhari M. Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2013; 22 (3).
Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200011 (Anexo 1)

2) López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Cassetti V, Grau C, Castro-Rojas L, Crisanto-Pantoja M. Cambios atribuidos a un programa basado en la formación-acción de agentes de salud. ¿Qué dicen las asociaciones? Rev Esp Salud Pública. 2018; 92:24. Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100216&lng=es&nrm=iso&tlng=es (Anexo 2)

3) López-Sánchez P, Roig Sena FJ, Sánchez Cánovas I, Vera-Remartínez E, Castro-Rojas L, Paredes-Carbonell JJ. Associations and community health workers: analysis and time trends over ten years of training-action. Gac Sanit. 2019. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.008 (Anexo 3)

La tesis se estructura en varios apartados, comenzando con una Introducción sobre el tema de estudio: la promoción de la salud en contextos de vulnerabilidad social. A través del programa mihsalud se fomenta la participación y la mediación intercultural en salud, la capacitación de profesionales en competencia intercultural, la dinamización comunitaria de las asociaciones y la formación de personas líderes de la comunidad como agentes de salud de base comunitaria.

A continuación, se presentan el Objetivo General de la tesis dirigido a describir el proceso y resultados del diseño de una acción formativa para capacitar agentes de salud de base comunitaria en contextos de

vulnerabilidad, así como los objetivos específicos que persiguen describir las características de la formación-acción de agentes de salud formados y de las asociaciones participantes y además conocer la opinión de las mismas.

Seguidamente se plantea la hipótesis de partida de este trabajo basada en que la educación entre iguales es una estrategia eficaz en promoción de salud en contextos de vulnerabilidad.

En el apartado de Material y Métodos se expone resumidamente el diseño y el ámbito de estudio, la población y muestra, las dimensiones y variables, así como la metodología de recopilación y análisis de la información que se describen en cada uno de los artículos.

En el apartado de Resultados se presentan los resúmenes de los tres artículos que componen la tesis.

En la Discusión se presentan los principales resultados y su relación con otros estudios; se explicitan las limitaciones y, para finalizar, las implicaciones de los resultados obtenidos como propuestas de acción.

Finalmente, en el apartado de Conclusiones se relacionan los objetivos e hipótesis de partida con los resultados obtenidos.

Se ofrece el listado de las Referencias utilizadas.

En el apartado de Anexos se incluyen los artículos que articulan la tesis (Anexos 1, 2 y 3), el reglamento de la tesis doctoral (Anexo 4) y los mensajes fuerza (Anexo 5).

La redacción final de este texto se ve enmarcada en el periodo de la primera pandemia del siglo XXI. Sea este un motivo para mostrar mi respeto y reconocimiento a todas las personas que, desde que comencé la redacción de esta tesis, ya no se encuentran entre nosotros.

ÍNDICE

PRÓLOGO 13

LISTADO DE ABREVIATURAS: 17

LISTADO DE FIGURAS Y TABLAS 19

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERES 21

ORIGEN Y MOTIVACIÓN 25

RESUMEN 27

ABSTRACT 29

INTRODUCCION 31

1.1 Antecedentes y marco legal 32

1.2 Equidad en salud en poblaciones en contextos de vulnerabilidad social 37

1.3 Promoción de salud a través de la educación para la salud 40

1.4 Participación en salud a través de la educación entre iguales..... 44

1.5 Experiencia de un programa de promoción de salud en contextos urbanos de vulnerabilidad 46

1.5.1 Formación-Acción de Agentes de salud de base comunitaria: Programa mihsalud……..52

2. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE PARTIDA 54

2.1 Justificación e Hipótesis 54

2.2.1 Objetivo General 56

2.2.2 Objetivos Específicos 56

2.2.3 Hipótesis 56

3. MATERIAL Y METODOS 57

3.1. Organización del trabajo de tesis 57

3.2. Compendio de publicaciones 57

3.3 Metodología 57

3.3.1 Diseño y ámbito de estudio 57

3.3.2. Población y muestra de estudio: 58

3.3.3. Variables de estudio..... 59

3.3.4. Recopilación de información 59

3.3.5. Análisis de datos..... 60

4. RESULTADOS 62

4.1 Artículo 1..... 62

4.2 Artículo 2..... 63

4.3 Artículo 3..... 64

5. DISCUSIÓN..... 65

6. CONCLUSIONES 73

7. BIBLIOGRAFIA..... 74

8. ANEXOS

LISTADO DE ABREVIATURAS

ACOEC	Asociación para la Cooperación Entre Comunidades
ASBC	Agente de Salud de Base Comunitaria
APS	Atención Primaria de Salud
CAPS	Centro de Atención Primaria de Salud
CERS	Estrategia de Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable
CHE	Community Health Educator Model
CEIMIGRA	Centro de Estudios para la Integración Social de Inmigrantes
CIEGS	Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud
CIPS	Centro de Información y Prevención de SIDA
CSSR	Centro de Salud Sexual y Reproductiva
CSPV	Centro de Salud Pública de Valencia
EPS	Educación Para la Salud
EVES	Escuela Valenciana Estudios para la Salud
FSG	Fundación Secretariado Gitano
MIHSALUD	Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Naciones Unidas frente al VIH/SIDA
RIU	Replica Innova Une
SP	Salud Pública
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

LISTADO DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS:

Figura 1: Atención sanitaria centrada en atención a la enfermedad

Figura 2: Entornos y espacios de promoción de salud en contextos urbanos

Figura 3: Modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud

Figura 4: Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead

Figura 5: Dimensiones de la educación para la salud

Figura 6: Red comunitaria de participación del programa mihsalud

Figura 7: Modelo de participación del programa mihsalud

Figura 8: Etapas para incorporar la salud en la agenda de las asociaciones

Figura 9: Organización cronológica de los tres artículos que articulan la tesis

Figura10: Relación de términos que definen la palabra “entre iguales”

TABLAS:

Tabla 1: Evolución de horas docentes y lugar de realización del curso de ASBC

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

La doctoranda declara que no hay conflicto de interés alguno relacionado con esta tesis doctoral ni con los artículos y/o las comunicaciones científicas desarrolladas en el período de su evolución.

El acceso a los principales datos se ha realizado mediante consultas de bases de datos públicos y de acceso libre.

El proyecto de investigación solicitó la aprobación del Comité Ético de Investigación de la Fundación FISABIO, resolviendo que dicha aprobación no era necesaria para llevarlo a cabo.

Esta tesis doctoral ha contado con la financiación para su desarrollo de una beca dotada con 6.000 euros destinada a financiar un trabajo de investigación sobre salud pública con repercusión municipal, denominada beca Dr. Juan Peset Aleixandre del Ayuntamiento de València, y el nombramiento de socia de honor del Instituto Médico Valenciano en 2016.

ORIGEN Y MOTIVACIÓN PARA ESCRIBIR ESTA TESIS DOCTORAL

Desde muy joven me ha motivado la lectura, el aprendizaje, la relación y el cuidado de las personas. Considero que la educación es una herramienta que permite el crecimiento personal que, unida a la salud y al respeto de las diferencias, permite desarrollar al máximo las capacidades del ser humano.

Desde la promoción de la salud se han desarrollado programas dirigidos a las personas atendiendo a las etapas vitales, la infancia, la madurez y la tercera edad. El objetivo de estos programas reside en fomentar la participación y los autocuidados de las personas en relación a la salud.

En el Centro de Salud Pública de València, he participado en el diseño e implementación de un programa dirigido a promover la salud en poblaciones en contextos de vulnerabilidad en un entorno urbano, denominado programa mihsalud. La acción del programa se dirige a generar salud, haciendo hincapié en dónde se construye la salud y cómo influyen los determinantes sociales de la salud en las poblaciones que se encuentran más alejadas de los servicios sanitarios, a través de la participación ciudadana y tejiendo una red social entre las personas.

La participación del ámbito asociativo de la ciudad y de personas líderes del ámbito comunitario, así como el uso de herramientas participativas y la mediación en salud, han facilitado el encuentro intercultural y la convivencia través de la promoción de la salud.

Comencé mi formación como enfermera en 1987, un año después de la publicación de la ley General de Sanidad en 1986, que marcó mi futuro con rumbo a la salud pública, la idea de trabajar en la comunidad me resultaba motivadora y a la vez que un reto. Fue en 2006 cuando tuve la oportunidad de participar desde el diseño en un programa innovador (mihsalud), basado en la participación comunitaria, convirtiéndome en enfermera referente del programa. En 2010 amplié mi formación de Diplomada en Enfermería matriculándome en la primera edición universitaria del Grado de Enfermería, adquiriendo nuevas herramientas de investigación en el campo de la salud y realizando el trabajo de fin de grado sobre el rediseño de la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria.

Una de las fortalezas del programa mihsalud es la participación de personas de diversas culturas, por este motivo y dado el respeto que me merece la relación equitativa con las personas y mi desconocimiento con respecto a la migración,

necesité ampliar mi formación con los conocimientos que aporta la Antropología Social y Cultural. Las aportaciones de esta disciplina fueron relevantes, para mí y me han resultado muy útiles para entender cómo el contexto cultural modela la concepción de salud de las personas y sus colectivos, así como la necesidad de introducir estos conocimientos en las ciencias de la salud. Durante el proceso he ido adquiriendo conocimientos de otras disciplinas como la psicología, la pedagogía y la interpretación.

Visibilizar la experiencia de la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria y dar a conocer el perfil de las personas formadas como agentes de salud de base comunitaria, que han facilitado el empoderamiento comunitario entre sus iguales, fue la primera motivación para comenzar a escribir esta tesis por compendio de artículos.

Ante la escasez de literatura científica existente en el ámbito de la promoción de la salud con respecto a la educación entre iguales en el ámbito asociativo y de cómo influye la cultura en la salud, solicité una beca de investigación que me permitió analizar cuantitativa y cualitativamente los resultados del trabajo realizado.

Actualmente la formación-acción de agentes de salud se ha extendido a las ciudades de Elche y Alicante y, en un futuro, la Dirección General de Salud Pública y Adicciones, tiene previsto extenderla a otros Centros de Salud Pública de la Comunidad Valenciana.

Finalizar esta tesis se ha convertido en un trabajo intenso y gratificante. Tengo la esperanza que sus aportaciones motiven a nuevos profesionales a seguir avanzando en el desarrollo de la promoción de la salud entre iguales y al fomento de la convivencia y la interculturalidad a través de la salud

RESUMEN

Introducción: Mihsalud es un programa de promoción de salud y movilización social con perspectiva de género e interculturalidad, dirigido a poblaciones en situación de vulnerabilidad en entornos urbanos. La mediación cultural en salud, la capacitación de profesionales sanitarios en competencia cultural y la participación de las asociaciones, permite la formación de personas líderes del ámbito comunitario como agentes de salud de base comunitaria.

Objetivos: Describir el proceso y conocer los resultados de diseñar e implementar una acción formativa dirigida a capacitar a personas pertenecientes a asociaciones, como agentes de salud de base comunitaria en contextos urbanos de vulnerabilidad. Describir el perfil de las asociaciones y de las y los agentes de salud participantes. Así como conocer la opinión de representantes de asociaciones respecto a las personas formadas como agentes de salud de base comunitaria para incorporar la salud en la agenda de las asociaciones.

Material y Métodos: El ámbito de acción es el tejido asociativo de la ciudad de València. Se ha realizado: un estudio participativo basado en la estrategia de educación entre iguales y el aprendizaje significativo, con una metodología de formación vinculada a la acción; un estudio analítico cualitativo mediante entrevistas semi-estructuradas individuales a representantes de las asociaciones; y un estudio de evaluación con metodología cuantitativa de las memorias y registros de los cursos de formación-acción realizados desde 2009 a 2018. **Resultados:** A partir del contacto con el tejido asociativo, el programa mihsalud diseñó la formación-acción de agentes de salud, fomentando la participación de las personas en situación de vulnerabilidad. Los resultados cualitativos y cuantitativos muestran el perfil de las personas formadas y el de las asociaciones participantes; la opinión de representantes de asociaciones respecto a la figura de la persona formada como agente de salud de base comunitaria y cómo las asociaciones van incorporando la salud en sus agendas.

Conclusiones: La participación de las asociaciones en la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria, permite que incorporen la salud en sus agendas y fomenta la participación de las personas con perfil de liderazgo. La educación entre iguales en salud facilita el encuentro y convivencia intercultural con perspectiva de género; son las mujeres las que han participado mayoritariamente en este proceso de formación-acción, liderando la promoción de la salud en su comunidad.

ABSTRACT

Introduction: Mihsalud is a health promotion and social mobility program with gender and intercultural perspectives, aimed at vulnerable populations within urbans environments. Cultural mediation for health, capacity building of health professionals to foster cultural competence and participation of associations, it allow the formation of community leaders as community health workers promoting.

Objectives: Describe the process and learn the results of designing and implementing a formative action process directed towards capacity-building of people belonging to associations as community health workers within vulnerable urban contexts. Describe the profile of the associations and participants community health workers. Learn the feedback from representatives of the associations with respect to the profiles of community health workers in order to build schedule health equity within associations.

Materials and Methods: The focus of the project is associations net within Valencia City. A participatory study was developed utilizing peer to peer education and significant learning strategy, with a formative methodology inked to action. A study consisted of a qualitative assessment through individual semi-structured interviews from representatives of the associations, as well as an evaluation study with a quantitative methodology based on information and records gathered from the formative-action courses conducted between 2009 and 2018. Data gathered throughout a cycle of ten editions of courses informed the results of this study.

Results: Base on feedback from the associations, mihsalud program designed the formative-action process community health workers, this process fostering the participation of people who were considered to be in a vulnerable situation. The qualitative and quantitative results illustrate the profiles of the people who participated in the formation and their respective associations; the opinion representatives associations by the profile of trained person as community health workers and as in addition, associations have begun to incorporate health equity in their schedule.

Conclusions: Participation of associations in the community health workers formation-trained facilitates opportunities to incorporate health within respective schedule and improve the participation of people with potential leaderships profiles. Peer health education facilitates meeting and intercultural coexistence with a gender perspective; women have participated in the majority in this training-action process, leading health promotion in their community.

INTRODUCCION

La Salud Pública se define como “el conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.”[1]. La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en la Comunidad Valenciana, contempla en el IV Plan de Salud[2] el abordaje de la reducción de desigualdades en salud en personas en situación de vulnerabilidad[3]. Este plan está alineado con la estrategia nacional de equidad en salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[4].

Una estrategia que resulta útil para la gobernanza en las ciudades, según señala la literatura científica[5], consiste en fomentar la participación de las personas, así como su empoderamiento desde el ámbito asociativo, coordinando acciones desde el entorno sanitario y local. La identificación de personas líderes del ámbito comunitario vinculadas a asociaciones, facilita su formación como Agentes de Salud de Base Comunitaria (ASBC), con el fin de reducir desigualdades en salud en colectivos en situación de vulnerabilidad social. Para ello, el uso de herramientas participativas[6] permite la coproducción de acciones[7] entre los diferentes actores sociales en entornos urbanos. Además de fomentar la convivencia entre personas de diversas culturas[8] localizadas en los barrios periféricos de la ciudad de València[9].

Con todo esto que acabamos de señalar, se articula el marco conceptual de la tesis presentada con los siguientes apartados:

1.1 Antecedentes y marco legal

1.2 Equidad en salud en poblaciones en contextos de vulnerabilidad social

1.3 Promoción de salud a través de la educación para la salud

1.4 Participación en salud a través de la educación entre iguales

1.5 Experiencia de un programa de promoción de salud en contextos urbanos de vulnerabilidad

1.5.1 Formación-Acción de Agentes de Salud de Base Comunitaria: programa mihsalud

1.1 Antecedentes y marco legal

En 1978, la Declaración de Alma-Ata, fruto de la primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS) y debido a las desigualdades en salud existentes, expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios y aquellos colectivos implicados, en el desarrollo de la promoción y la protección de la salud[9] de todas las personas a nivel mundial.

La OMS definió la salud como un "proceso de total bienestar físico, mental y social, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental, convirtiendo la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos con el sector salud"[10]. La inequidad en salud se define como "la existencia de una gran desigualdad en la calidad de la salud de las personas, entre países desarrollados y subdesarrollados, así como internamente en los mismos países. Esta inequidad se considera política, social y económicamente inaceptable y es una preocupación común de todos los países y no solamente de los países en vías de desarrollo"[11].

Esta declaración sentó las bases para que los países comenzaran a crear y desarrollar la estructura de Atención Primaria de Salud.

En 1986 la Conferencia Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud definió la promoción de la salud como "el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su salud y así poder mejorarla"[12]. Se establecieron cinco áreas de acción en las que habría de basarse una estrategia nacional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la población:

1. Definir políticas saludables.

2. Crear entornos favorables a la salud.

3. Reforzar la acción comunitaria.

4. Desarrollar habilidades personales.

5. Reorientar los servicios de salud.

La Constitución Española[13] asegura los derechos fundamentales de la ciudadanía a través de los siguientes artículos: El artículo 35: derecho y deber de trabajar; articulo 39: protección social a la familia y a la infancia; articulo 43: derecho a la salud; articulo 47: derecho a la vivienda. Para que todos estos derechos sean

posibles y todas las personas tengan satisfechas sus necesidades básicas, se requiere de compromiso político y apoyo público tanto a nivel nacional como internacional, así como obligaciones de la ciudadanía. Ahondando en el marco normativo español, cabe decir que la Ley General de Sanidad[14] recoge en el artículo 3: "que los medios y las actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades", aspectos que se refuerzan en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y en la Ley General de Sanidad. La Ley de Salud Pública de 2011[1], definió la promoción de salud como "las acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva, a su vez desde los ámbitos educativo, sanitario, laboral, local y de instituciones cerradas, como hospitales o residencias. En estos ámbitos se apoyará la creación y el fortalecimiento de redes". Lamentablemente en este momento de pandemia, se ha puesto en evidencia que los servicios sanitarios son insuficientes y que hay que continuar trabajando más coordinadamente en el fortalecimiento de las redes locales de la comunidad[15].

La OMS definió los prerrequisitos para que la promoción de la salud sea posible. El más básico de estos requisitos apunta a que es necesaria la paz y ausencia de guerras, siendo esta la primera premisa para que un país pueda tener salud, seguido de la condición de igualdad de oportunidades para todas las personas en base a la justicia social.

La realidad política y económica de los países de alta y baja renta así como la globalización, nos lleva a tener en cuenta que la salud está influida por variables sociales y por tanto puede mejorar a través de cambios sociales. La promoción de la salud implica una estrategia global de salud para todos, que se dirige a la población en su totalidad y no solo a personas enfermas, así como al desarrollo de la salud y a actuar sobre sus causas sociales, no solo atendiendo a la biología de la persona. Para ello combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del abordaje homogenizado y favorece la participación y la autoayuda alejándose del modelo paternalista de atención[16].

A lo largo de los años se han sucedido diversas conferencias internacionales de promoción de la salud[17] que han establecido los conceptos, principios y áreas de acción de la promoción de la salud en el contexto general de la globalización. En ellas se han examinado la formulación de políticas públicas saludables (Adelaida,

1988), la creación de entornos facilitadores (Sundsvall, 1991), el desarrollo de capacidades para abordar la promoción de la salud desde la mirada de los determinantes de la salud (Yakarta, 1997 y México, 2000). En la Declaración de Yakarta se identificaron cinco prioridades de cara a la promoción de la salud para el siglo XXI: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud dirigida a incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento. En la conferencia de Nairobi (2009), se habla de acciones para reducir el desfase entre las evidencias y su aplicación concreta en el desarrollo de la salud. En la conferencia de Helsinki de 2013, se examinaron las experiencias en relación al enfoque "salud en todas las políticas" para incorporar la salud en las agendas políticas, con el fin de desarrollar políticas saludables teniendo en cuenta su impacto en salud. De este modo se establecieron orientaciones para el desarrollo de acciones concretas en todos los países independientemente de su nivel de desarrollo. En la última conferencia de Shanghái (2016), los gobiernos se comprometieron a promover la salud pública y erradicar la pobreza.

Teniendo en cuenta el principio de equidad, se observa que, a veces, las políticas sanitarias generan más desigualdades entre la población[18], al ir dirigidas a una parte de la población que sabe acceder adecuadamente a los servicios de salud. Las personas que participan en los programas de salud acostumbran a ser las mismas lo que da una imagen de "universalidad" que esconde el hecho de que la falta de participación de los colectivos más vulnerables, se debe al desconocimiento y a la falta de recursos para acceder a ellos[19]. En este colectivo de personas en situación de vulnerabilidad se sitúa el objetivo de esta tesis.

La figura 1, muestra una representación gráfica de la atención sanitaria centrada en la enfermedad que presta el sistema de salud a la población.

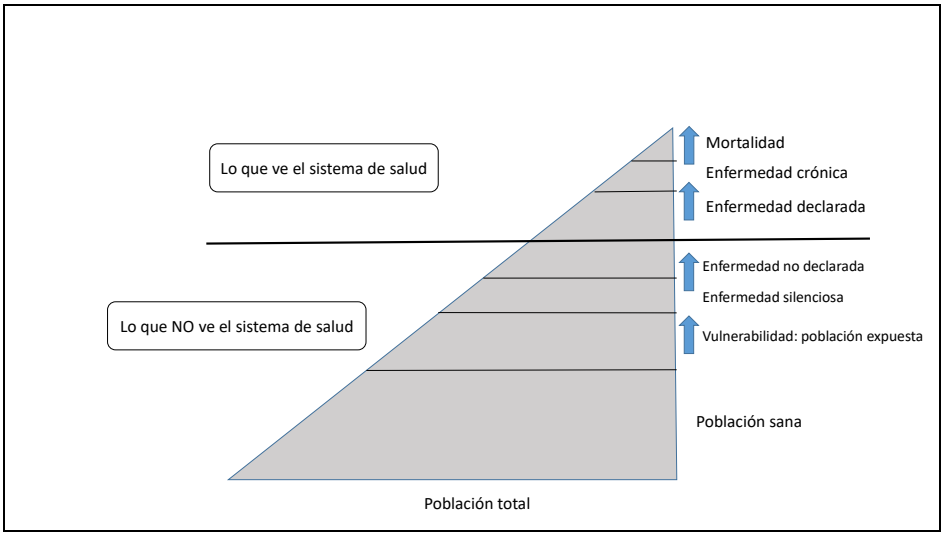
En la gráfica se observan dos zonas. En la parte arriba vemos "lo que SI ve el sistema el salud" que representa la atención que se presta a una pequeña parte de la población, centrada en la enfermedad en las personas que acuden a los servicios sanitarios por problemas de salud.

La flecha señala la dirección del proceso salud-enfermedad, desde la situación plena de salud hasta la mortalidad. El área del triángulo representa la población subdivida según tamaño y situación de exposición a la enfermedad.

En la parte inferior de la gráfica se observa “lo que NO ve el sistema de salud” donde está situada la mayoría de la población, personas sanas y colectivos que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

Esta gráfica nos permite entender que la política sanitaria ha de velar por la salud de toda la población y, para ello, se ha de reorientar y dotar de mayores recursos la atención primaria de salud dirigida a la promoción y prevención, y así garantizar una atención sanitaria sostenible, justa y equitativa.

Figura 1: Atención sanitaria centrada en atención a la enfermedad.



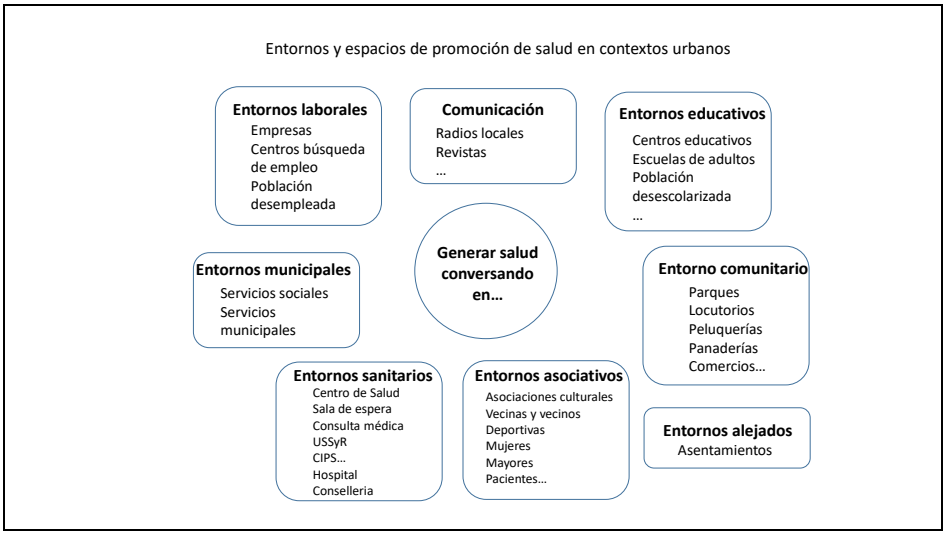
Fuente: Adaptada por la autora de Carol B, Nájera E, Llopis A et al.1988[20]

Las medidas preventivas y de promoción de salud son medidas a largo plazo que requieren de continuidad en el tiempo y que no han de depender del partido político que gobierne en ese momento, necesitando evaluar sus resultados[21], para ello se necesita apoyo político, abordaje intersectorial y participación comunitaria. La Atención Primaria de Salud es el primer nivel de acceso de las personas y las familias al sistema sanitario, su característica fundamental es la proximidad a donde viven, trabajan y se relacionan las personas[22]. En la Comunidad Valenciana, la APS se estructura territorialmente en 24 departamentos de salud, cada departamento de salud se divide en zonas básicas de salud. En cada zona básica de salud están ubicados los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), dotados de un equipo básico de profesionales sanitarios que ofrecen la asistencia sanitaria a la población de la zona básica de salud. Su falta de adaptación a las necesidades de la población más vulnerable, limita su eficacia,

pero esto puede explicarse tanto por una falta de recursos, como por una desmotivación del equipo de profesionales sanitarios por falta de una adecuada formación en la metodología de promoción de salud y participación comunitaria. De ahí la importancia de esta formación y del desarrollo de programas participativos para incorporar la equidad en salud a través de los espacios de encuentro de la comunidad.

En la Figura 2: se detallan los diferentes espacios donde se puede realizar promoción de la salud en contextos urbanos, siendo espacios donde viven y se relacionan las personas:

Figura 2: Entornos y espacios de promoción de salud en contextos urbanos



Fuente: Elaboración propia.

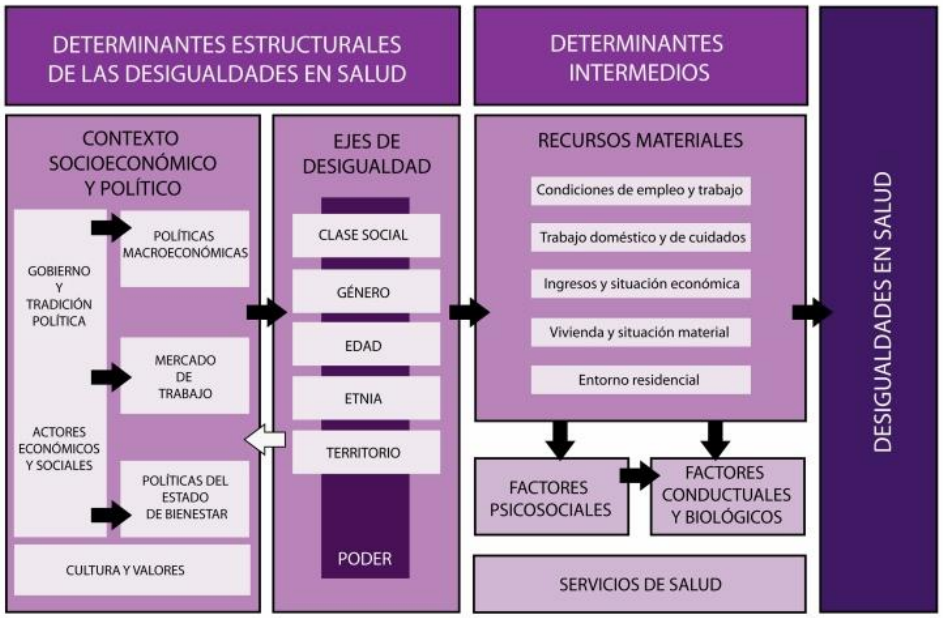
Los programas de participación en la comunidad fomentan que las personas dejen de ser objetos pasivos de atención y se conviertan en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella generando capital social[23]. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud y la educación para la salud es el instrumento utilizado para avanzar hacia la salud. Los procesos participativos son lentos y requieren la creación de espacios de confianza, cercanos a la población, así como favorecer el empoderamiento de personas líderes de la comunidad[24], teniendo en cuenta que los tiempos comunitarios en los que se mueve la comunidad suelen ser distintos a los tiempos administrativos de las instituciones.

El desarrollo de “Salud en todas las políticas”[25] implica la creación de infraestructuras que promueven y abogan por la salud, así como la creación de entornos saludables. Para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria, las políticas que se llevan a cabo han de tener en cuenta sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas externas al sector de la salud.

1.2 Equidad en salud en poblaciones en contextos de vulnerabilidad social

Los determinantes sociales de la salud se definen como “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”[26]. Estos factores están relacionados con las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por los estados. Los determinantes sociales de la salud, explican la mayor parte de las desigualdades en salud, y ponen en evidencia el foco en donde actuar para evitar diferencias injustas y evitables relacionadas con la salud. En la figura 3 observamos el modelo de los determinantes sociales de salud elaborado por el Ministerio de sanidad y política social de España en 2010.

Figura 3: Modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud



Fuente: Ministerio Sanidad y Política Social; 2010[4]

Esta clasificación divide los determinantes sociales de las desigualdades en salud en estructurales e intermedios. Los determinantes estructurales se refieren al contexto socioeconómico y político de una sociedad que determina las políticas macroeconómicas y sociales; las políticas del estado que determinan el bienestar de las personas; y los ejes de desigualdad que determinan las desigualdades en salud de las personas en función de la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio a la que pertenecen. Los determinantes intermedios apuntan a los recursos materiales que condicionan la vida de las personas en función de su nivel educativo, del empleo, la vivienda y el entorno que se ven influenciados por los factores psicosociales, conductuales y biológicos, así como por el acceso a los servicios de salud.

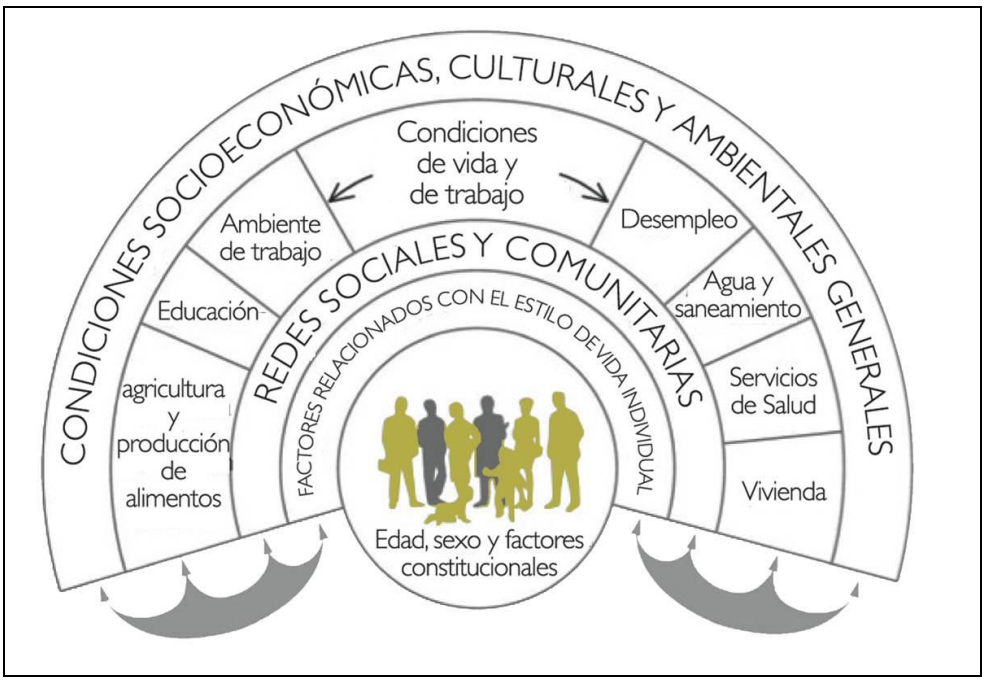
De ahí la importancia de cuidar los entornos porque el lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y a nuestras relaciones sociales. Sobretodo cobra importancia el entorno urbano ya que la mayoría de la población se concentra en las grandes ciudades dado que estas ofrecen más servicios y oportunidades. Las ciudades[5] se caracterizan por albergar a muchas personas, entre las que encontramos colectivos en situación de vulnerabilidad, situados en barrios deprimidos con escasos recursos, viviendas deficitarias, escasas zonas verdes y zonas de infraviviendas sin abastecimiento de agua, electricidad y sin el saneamiento adecuado. El acceso universal a la educación, a la salud y al trabajo permite que las personas puedan vivir una vida plena, siendo este un hecho marcado por las variables culturales y las políticas municipales de integración[18]. El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son adecuados aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales[27]. Por el contrario, la precariedad laboral y la falta de protección en el trabajo generan frustración, depresión y enfermedad. La salud es un recurso para desarrollar una vida plena, de ahí que, atendiendo al modelo de determinantes sociales de salud, se promuevan acciones colectivas que fomenten actividades saludables, atendiendo a criterios de equidad sobre todo en poblaciones con mayor vulnerabilidad social, donde se evidencian mayores desigualdades de salud.

Para ello, el acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecen. Todo el mundo necesita protección social a lo largo de la vida: en la infancia, durante la

vida laboral, y en la vejez. Esa protección también es necesaria en determinadas circunstancias inesperadas, como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo, de ahí la importancia de disponer de una sólida red de apoyo en el hogar, en el trabajo y en la comunidad[28].

Desde el modelo clásico de los determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead[29], podemos ver que el estilo de vida aparece influenciado por las redes sociales y comunitarias. Estas redes son un concepto clave en poblaciones en situación de vulnerabilidad social, de ahí la importancia de identificar a personas líderes[24] y fomentar que sean las propias personas las que se conviertan en factor de cambio para promover la salud entre sus iguales.

Figura 4. Modelo de los determinantes de la salud Dahlgren y Whitehead.



Fuente: Dahlgren G, Whitehead M. 1991[29]

Para ampliar la mirada desde la salud basada en “factores de riesgo individuales” a “factores de vulnerabilidad”, es necesario incorporar los conceptos de comunidad y la transversalidad de la salud en todas las políticas. El enfoque de salud en todas las políticas compromete a todas las personas como actores sociales para generar salud en municipios, ciudades y estados[30] al identificar que la salud depende de los determinantes sociales de la salud. Ser consciente de la realidad en la que vive la población en situación de vulnerabilidad e identificar los determinantes que marcan sus vidas, requiere de conocimiento y de tiempo, de

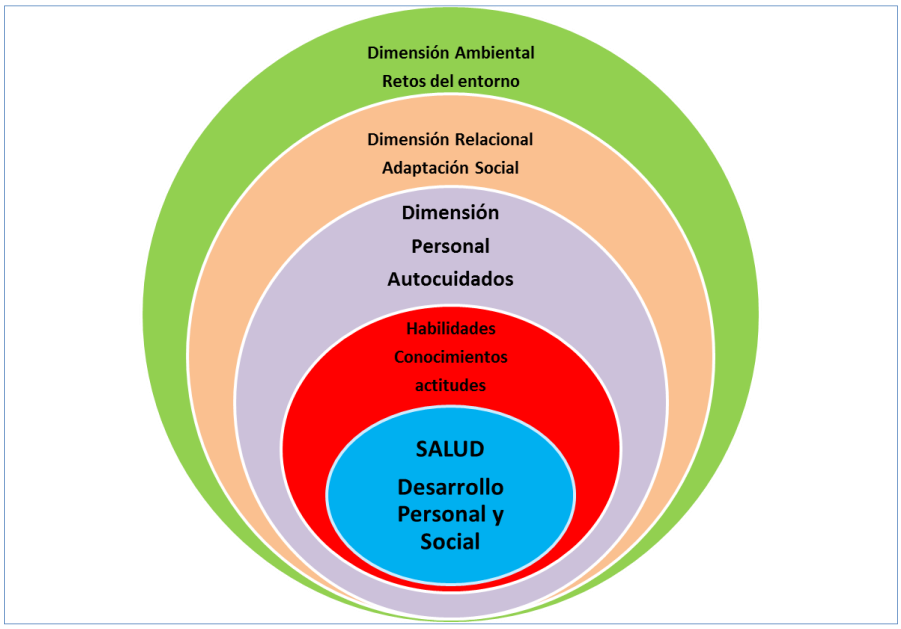
ahí la importancia de desarrollar programas orientados a desarrollar equidad en salud.

En los programas preventivos del cáncer conviene recordar el principio del universalismo proporcional y ser conscientes que en los colectivos en situación de vulnerabilidad, existe una baja participación en prevención porque, al encontrarse más alejados del sistema sanitario y con otras necesidades más urgentes, se relega la salud a un segundo plano, por lo que se requiere de una mayor información y sensibilización de las actividades preventivas[28].

1.3 Promoción de salud a través de la educación para la salud

La Educación para la salud (EPS) es un proceso de formación y de capacitación de las personas con el fin de que adquieran conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual, familiar y colectiva[31]. Es un proceso de enseñanza-aprendizaje que capacita a las personas a ser conscientes de que la salud depende en parte de sus propias decisiones y del conocimiento que tienen al respecto. Ser consciente de que la salud está "en nuestras manos" significa reflexionar críticamente sobre nuestra propia salud, determinada por las decisiones tomadas en función del entorno que nos rodea y reconocer la importancia del propio autocuidado. Este proceso nos permite adoptar conductas positivas de salud. Se trata de un proceso participativo liderado por la propia persona en función de la dimensión personal, relacional y ambiental, tal y como se ejemplifica en la figura 5.

Figura 5: Dimensiones de la Educación para la salud



Fuente: Elaboración propia.

La definición de EPS se contrapone a la definición antigua de Educación Sanitaria basada en la prevención de la enfermedad. Actualmente se habla de una visión positiva de la salud que tiene su origen en la salutogénesis[32] y en el modelo de activos para la salud[33]. Así pues, la EPS tiene como objeto mantener y mejorar la salud de las personas y se la puede considerar desde dos perspectivas, una preventiva y otra promotora de salud. En este sentido, decimos que la EPS debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen a la persona y a la comunidad en dueñas de su propio destino, y en constructoras de alternativas y soluciones. Desde el punto de vista preventivo, la EPS actúa capacitando a las personas para generar autocuidados[34] y evitar enfermedades mediante el propio control de las situaciones de riesgo, incentivando su participación en el sistema sanitario con el objetivo de cuidar de su salud o bien, para evitar sus posibles consecuencias.

Los principios de la educación para la salud[35] para el siglo XXI, están basados en el principio de beneficencia relacionado con la educación y la provisión de las herramientas necesarias para que una persona pueda obtener el mayor beneficio para su salud. El principio de autonomía tiene que ver con la capacidad de decidir sobre la propia salud. Capacidad de decisión que siempre estará en función del conocimiento que se tiene. El principio de equidad permite que, ante una necesidad en salud de dos o más personas, se dé una igual oportunidad de resolución.

Los objetivos de la educación para la salud[35] están basados en: lograr que la salud sea un valor reconocido por la sociedad, ofrecer conocimientos y capacidades prácticas para generar comportamientos saludables, así como integrar en la práctica habilidades para el trabajo con grupos en la comunidad. Además, favorecer la correcta utilización de los servicios sanitarios, promoviendo el análisis, la reflexión y la investigación sobre los factores que intervienen en los comportamientos y orientar la utilización de instrumentos y medios de apoyo a favor de la salud.

El desarrollo de la EPS en la escuela se realiza habitualmente por profesores y profesionales sanitarios que promueven hábitos saludables[16]. Es cierto, sin embargo, que existe una cierta distancia entre las personas formadoras debido a la dirección vertical del sistema educativo que hace distinción entre los roles, en donde la persona formadora no comparte las mismas necesidades que las personas que son educadas[27] de ahí la dificultad para intentar cambiar hábitos una vez adquiridos. Este enfoque de la EPS no ha demostrado grandes cambios y

tampoco llega a toda la población[18] debido a la proporcionalidad de los recursos[19]. Tras la última pandemia del siglo XX del VIH-SIDA, los programas destinados a su prevención han incorporando el enfoque de EPS basada en una dirección horizontal, que pretenden acortar la distancia entre emisor y receptor. A esta EPS se le denomina educación entre iguales y cuenta con una mayor difusión y acogida entre las personas que la reciben a través de personas líderes de la comunidad, capacitadas y formadas. Estas personas líderes formadas transmiten sus conocimientos sobre el cuidado de la salud entre sus iguales[34], llegando mejor porque comparten códigos y valores comunes. La transmisión de conocimientos en cuidados de la salud tiene mayor alcance sobre todo en contextos de vulnerabilidad social[36].

La evidencia científica nos muestra experiencias que han utilizado la educación entre iguales en diferentes contextos[37]. La palabra inglesa "peer" surgió hace siglos para expresar pertenencia a un mismo grupo, respecto a uno de los cinco rangos de la nobleza. En la ciudad de Londres comenzaron en el siglo XIX los "sistemas de monitores educativos" hallándose en los pares un método conveniente y eficaz de llegar a los jóvenes fuera del colegio, que consistía en que los profesores enseñaban a niños y niñas "monitores", quienes transmitían a otros niños y niñas lo que habían aprendido. Desde 1999, tras las muertes producidas por el VIH/SIDA, la Organizaciones de Naciones Unidas frente al VIH/SIDA (ONUSIDA) describió la herramienta de la educación entre iguales como un canal de comunicación y una estrategia para frenar la expansión del VIH, al considerar a una persona "igual" como una persona de la misma posición social que otra y que pertenece al mismo grupo con respecto a la edad, género o el nivel de estudios y que, por esa característica común, se entiende que puede compartir conocimientos y experiencias[37].

La educación de pares se ha utilizado en proyectos de salud que pretenden reducir la incidencia del hábito de fumar, el consumo de alcohol o el abuso de sustancias psicoactivas entre jóvenes[38]. A partir de los años 60 del siglo pasado, la enseñanza o tutela entre pares experimentó un renacimiento en Estados Unidos, con el propósito de utilizar a alumnos aventajados para ayudar en procesos académicos a pares de edades similares de un mismo colegio. El objetivo era que tanto tutores como el alumnado se beneficiaran psicológicamente de la experiencia. La educación de pares actualmente está evolucionando y se está llevando a cabo en diferentes países, con diversas terminologías para nombrar a la persona líder educadora de iguales, tal como expone Jane South[39,40]

que analiza las diversas terminologías utilizadas en distintos países, así como los distintos perfiles que definen a esta figura.

Un número cada vez mayor de profesionales de la salud y de la educación, ha encontrado en la educación de pares un modelo válido para trabajar con jóvenes acerca de diversos temas de salud, en espacios donde nunca se había tenido acceso a este tipo de actividades, debido a que las y los jóvenes son más capaces que las personas adultas de influenciar a otros jóvenes y de ser influenciados por ellos[41]. Por ejemplo, desde la aparición del VIH/SIDA, la estigmatización y la discriminación contra las personas afectadas, en especial entre jóvenes, ha sido una barrera social que genera situaciones peligrosas. En 1991 la OMS emprendió una revisión global de las iniciativas en prevención de educación de iguales; y el resultado de este proceso derivó en la financiación en 1993 de un proyecto en la Universidad de Manchester para evaluar tres proyectos de prevención del VIH en jóvenes. La educación de pares surgió como una alternativa para combatir estos obstáculos y ha venido ganando importancia en las campañas de prevención del VIH y en promoción de la sexualidad responsable[42]. Desde otro ámbito de investigación, son varias las organizaciones que estudian estrategias de promoción de la salud sexual entre jóvenes. Se han publicado materiales y guías elaboradas por los propios jóvenes que forman parte de programas de salud liderados por estos[42].

La creación de proyectos de educación entre iguales no sólo concierne a las grandes organizaciones, sino también a pequeñas asociaciones o grupos de personas comprometidas y con voluntad social[43]. En los proyectos entre iguales, el requisito básico para participar como persona educadora consiste en compartir la formación y el estilo de vida de los pares, así como entender y familiarizarse con las normas y valores culturales del grupo o comunidad[44]. El papel de la persona educadora de pares consiste en transmitir a sus iguales comportamientos saludables y fortalecer éstos a partir de una comunión de debilidades, fortalezas y experiencias. Es importante que la persona educadora de pares tenga formación en temas de salud y disponga de habilidades de manejo de grupos, por lo que ha de ser entrenada y formada para ello. Las características personales de la persona educadora de pares: edad, sexo, cultura, religión, etc., determinarán a quien van a llegar los mensajes de salud. Una persona educadora de pares debe saber guiar y motivar pero también debe ser capaz de escuchar y aceptar las ideas, sin juzgarlas, para ganar aceptación en la comunidad. La formación de la persona educadora de pares precisa de una planificación que contemple una

propuesta formativa con unos objetivos y una planificación distribuida en el tiempo de dos a cuatro meses, tal como recomienda Parkin y Mckeganey[36]. Para que esta formación facilite el desarrollo de habilidades básicas, motivación y mejora de sus destrezas; debe recibir asesoría para mejorar sus habilidades comunicativas y de interacción con los demás. Esta asesoría debe ser ética y personalizada. Las personas formadoras de pares pueden participar en el diseño, planificación y evaluación del trabajo, para fortalecer y adaptar sus conocimientos al contexto de la educación entre iguales. Las personas formadas como educadoras de pares son quienes trasmiten la información que han recibido durante la formación y la comparten con sus iguales en su día a día, fomentado la participación[45] a través del efecto bola de nieve [46] y contribuyendo a incrementar el capital social[23] de colectivos en situación de vulnerabilidad.

Hay que tener en cuenta que la persona formada para educar a pares va a dedicar tiempo y compromiso tanto durante su formación como posteriormente a la misma si se vincula a un proyecto. Es importante contar con una infraestructura que dé apoyo y que permita el desarrollo de proyectos de salud por parte de la administración junto con las entidades que han formado a estas personas para desarrollar la promoción de la salud en la comunidad. La financiación de proyectos de salud basados en la educación entre iguales requiere de trabajo en red y alianzas para asegurar la financiación y su continuidad en el tiempo.

Finalmente, la evaluación, sea esta cuantitativa o cualitativa con respecto a las expectativas iniciales, debe ser constante, ya que sus resultados son de vital importancia en la toma de decisiones. La educación entre iguales es un proceso que debe ser actualizado constantemente. Las evaluaciones, bien sean formativas (que ayudan a mejorar la formación) o centradas en la eficiencia de los proyectos)[47], tienen que manejar códigos de transparencia, ética y honestidad, teniendo en cuenta que sus resultados pueden servir como punto de referencia para futuros proyectos.

1.4 Participación en salud a través de la educación entre iguales

Desde los años 80 del siglo XX en Europa, se han ido desarrollando programas de salud basados en la educación entre iguales. Estos programas tenían el fin de mejorar la participación de las personas en el cuidado de su propia salud y reducir las desigualdades en salud. Las muertes por VIH hicieron que, desde las instituciones sanitarias, se abordara el problema más allá de lo meramente

asistencial, identificando poblaciones en situación de vulnerabilidad que sufrían desigualdades en salud y que había que llegar a ellas a través de otro medio distinto del utilizado hasta entonces. La estrategia de la educación entre iguales, basada en la educación popular desarrollada por Freire[48] se ha utilizado en contextos de vulnerabilidad social[49], en personas más ajenas al sistema sanitario, minorías étnicas, personas inmigrantes y en grupos de especial riesgo que, por sus propias características, tienen dificultades de acceso a los servicios sanitarios, déficits socioeconómicos, etc. Pero, ¿qué hace que esta estrategia sea tan especial?, y por otra parte ¿qué hace que el hecho de que las mismas personas puedan promover comportamientos saludables entre sus pares sea tan poderoso? La educación entre iguales, rompe con la estructura convencional de verticalidad de la educación para la salud realizada por profesionales sanitarios. En "contextos de vulnerabilidad" cobran especial mención las personas iguales que por su proximidad, su reconocimiento y su influencia en el entorno, tienen un gran alcance para que las acciones de promoción de la salud lleguen a sus iguales [38,43,48].

La educación entre iguales en salud parte de principios teóricos y metodológicos que conforman una estructura docente basada en el aprendizaje significativo[50]. Parte de una visión democrática que combina la enseñanza teórica y el aprendizaje práctico, incorporando la perspectiva de equidad a través de las teorías de Freire[48].

La teoría del aprendizaje social introducida por Albert Bandura en 1962, postuló que el aprendizaje no sigue estrictamente un patrón, sino que se realiza a través de la observación, la imitación y el modelaje. La vida de las personas jóvenes se ve influenciada radicalmente cuando saben aprovechar encuentros casuales que pueden modificar su conducta y, si se mantiene, puede influir en sus semejantes. De este modo cuando una persona joven es influenciada por esquemas de interpretación y modelado, adopta, imita y refuerza sus comportamientos. Estos son valorados mediante elementos de aceptación tales como la credibilidad individual y grupal adoptada y el fortalecimiento en la ejecución del comportamiento particular. Piaget[51] en su teoría constructivista señalaba que es más conveniente la comunicación entre pares que la que se da entre adultos y niños. Lev Vygotsky[52] se centró en el desarrollo individual, mediante un punto de vista interpretativo que define el aprendizaje y la teoría cognitiva como un proceso activo de construcción de conocimientos individuales. La representación de

actividades entretenidas de niños y niñas son acontecimientos esenciales para reproducir sistemas culturales[53].

En 1993 Perry y Sieving postularon la teoría del modelado de roles, así como el papel que representa la persona educadora de pares. Es un modelo positivo de comportamiento que puede ser utilizado en promoción de la salud, siendo esta teoría una de las que mayor acogida tiene actualmente entre los investigadores[43,54].

En 1975, Jeffrey Kelly[55] documentó que en cada población hay personas líderes de opinión que son distintas a las personas consideradas líderes de la comunidad. Las personas líderes de opinión suelen ser buscadas por sus iguales, sin ser necesariamente expertas, y utilizando criterios de innovación, diseminan cierta información con la intención de influir fuertemente en la adopción de comportamientos por sus iguales, lo que las convierte en agentes de cambio.

La teoría del aprendizaje significativo de Ausubel[50] está basada en que una persona asocia la información nueva con la que ya posee, reajustando y reconstruyendo ambas informaciones en este proceso. De ahí que cuando se aplica en contextos de vulnerabilidad sea una herramienta tan potente, porque permite a las personas reflexionar sobre el cuidado de su salud y adquirir nuevos conocimientos sobre autocuidados. En el siguiente apartado se expone un programa innovador de promoción de salud dirigido a poblaciones en situación de vulnerabilidad que utiliza la metodología participativa basada en la educación de pares también denominada educación entre iguales.

1.5 Experiencia de un programa de promoción de salud en contextos urbanos de vulnerabilidad

Mihsalud[56] es un programa que, como su nombre indica, hace referencia al pronombre personal “mi” que invita a pensar y reflexionar sobre “mi propia salud”, a su vez sus siglas incluyen a Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud. Mihsalud se considera un programa de movilización social “outreach” o “de alta difusión” y de participación ciudadana, basado en la promoción de la salud entre iguales[57,58] en entornos urbanos. El programa se dirige a promover la equidad en salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad social, incorporando la perspectiva de género[59], la convivencia y la interculturalidad[60] a través de la salud.

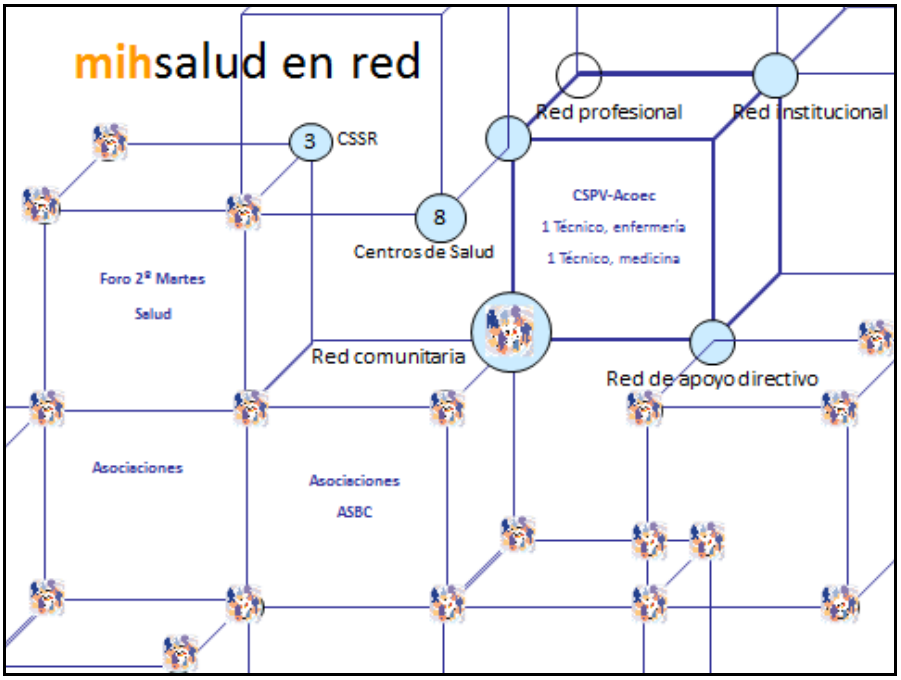
El programa comenzó en el año 2006, impulsado por el Centro de Salud Pública de València (CSPV), y continúa hasta la actualidad en julio de 2020. Fue diseñado a partir de una propuesta de la Dirección General de Salud Pública que planteó a los centros de salud pública, que innovaran en nuevos programas de salud y que atendieran a las nuevas necesidades emergentes en salud de la ciudad de València. El CSPV atiende a la población de la ciudad de València, que es la ciudad que sigue en mayor población a Madrid y Barcelona en España. El fenómeno migratorio tuvo su inicio en esta época y València comenzó a recibir un gran número de personas inmigrantes. Se realizó un estudio de necesidades en salud y se observó un incremento de población migrante femenina, cuyo perfil era el de mujeres procedentes de Latinoamérica que vinieron a la ciudad para trabajar en el servicio doméstico (cuidado de personas mayores). Este incremento de población migrante se dio mayoritariamente en los barrios de Ruzafa y Fuente de San Luis.

Paralelamente, en los centros de atención primaria se produjo un aumento de la demanda de personas migrantes que acudían a los servicios sanitarios y un incremento de embarazos en adolescentes y abortos de repetición en mujeres inmigrantes. Este fue el contexto para comenzar el diseño del proyecto mihsalud que contó desde su inicio con la participación de una mujer latina con conocimientos en mediación intercultural[61]. El Centro de Salud Pública de València y el Ayuntamiento de València acordaron un convenio de colaboración con el fin de trabajar coordinadamente con el Centro de Atención a la Inmigración (CAI) y los Servicios Sociales Municipales. Paralelamente se acordó la colaboración en forma de partenariado con la Asociación para la Cooperación Entre Comunidades (ACOEC).

El CSPV junto con el CAI y servicios sociales, contactó con el tejido asociativo de la ciudad. Por otra parte, la dirección de Atención Primaria del departamento de salud Dr. Peset apoyó la puesta en marcha del pilotaje del proyecto mihsalud en las zonas básicas de salud de Ruzafa y Fuente de san Luis, y designó a una enfermera referente y a una trabajadora social por cada centro para formar el equipo de trabajo. Este equipo estuvo compuesto por profesionales de salud pública, de atención primaria, atención hospitalaria y las unidades de salud sexual y reproductiva. El objetivo inicial del programa fue promover el empoderamiento individual y comunitario y el desarrollo de la competencia cultural en profesionales[8,61], aprovechando los espacios sanitarios que permitían el encuentro y convivencia entre personas de diversas culturas.

El periodo de pilotaje del proyecto fue el periodo de 2007 al 2009. Finalizada la fase de pilotaje, el proyecto fue evaluado de forma satisfactoria. En ese momento la Dirección General de Salud Pública pasó a considerarlo como programa. Posteriormente se extendió a otros departamentos sanitarios de la ciudad de València: departamento de salud Clínic-Malvarrosa, departamento de salud La Fe y, por último, al departamento de salud del Hospital General. La estrategia de acción del programa se dirige a impulsar la participación y el trabajo en red con las asociaciones[62,63] de la ciudad de València, tal como se puede observar en la figura 6.

Figura 6: Red comunitaria de participación del programa mihsalud



Fuente: Elaboración propia

A partir de los datos de la Oficina de Estadística del Ayuntamiento de València[64], se sabe que València es la tercera ciudad española con mayor porcentaje de población extranjera de España. El porcentaje ha ido bajando con los años pasando de un 14% en 2006 a un 10,78% en 2019. Por distritos podemos observar que ha alcanzado hasta un 16% en los distritos de Olivereta, Rascanya, Ciutat Vella y Camins al Grau. En estos barrios encontramos ciudadanía

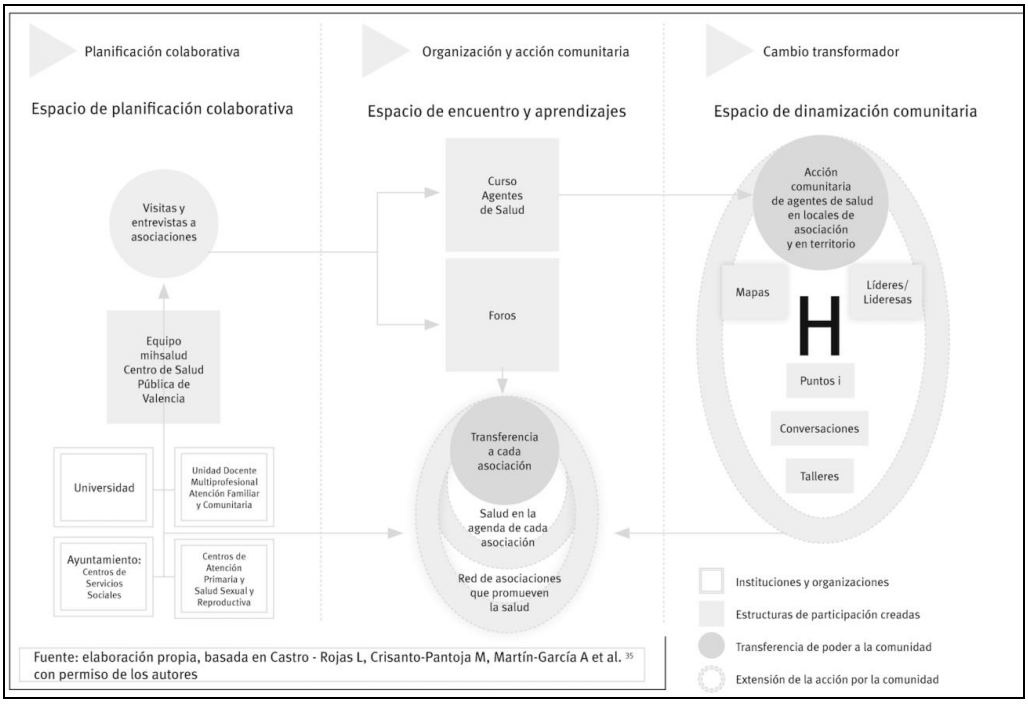
procedente de Rumania, Marruecos, Ecuador y China, detectándose un aumento más reciente de personas procedentes de países de África y Venezuela.

La ciudad de València tiene unas características geográficas, climáticas y urbanísticas, que la hacen un lugar privilegiado para que muchas personas procedentes de otros lugares establezcan aquí su residencia, buscando mejores oportunidades de vida. Como en cualquier otra ciudad, en la periferia se suele ubicar el nuevo vecindario procedente de procesos migratorios que, en respuesta a dinámicas de agrupación cultural, busca un asentamiento donde pueda tejer redes de apoyo. Este fenómeno hace que existan barrios con una mayor vulnerabilidad social, donde se concentran colectivos de personas de procedencias distintas y códigos culturales diferentes que comparten espacio con personas autóctonas pero no se relacionan entre sí.

En la figura 7 se muestra el modelo participativo del programa mihsalud, que visibiliza los espacios y acciones que contribuyen a fomentar la participación y el desarrollo de la salud comunitaria, creando espacios de encuentro entre las personas que viven en los barrios. Por una parte, a través del foro comunitario 2º Martes Salud[65] y de otra, a través de la dinamización del mapa de activos para la salud y la convivencia[66] junto a la formación de personas líderes como agentes de salud de base comunitaria[67]. Esto permite incorporar la salud en la agenda de las asociaciones[62], fomentando el trabajo coordinado con profesionales sanitarios y otros recursos locales y comunitarios.

El programa mihsalud ha diseñado un modelo propio de participación, que se ilustra a través de las tres áreas recogidas en la figura 7: en la columna de la izquierda se sitúa la planificación colaborativa que construye el grupo motor o iniciador del programa en el que participan diferentes instituciones; en la columna central podemos observar los espacios de participación creados por el programa; y en la columna de la derecha el espacio de dinamización comunitaria que representa las acciones con participación de todas las personas próximas al programa.

Figura 7: Modelo de participación del programa mihsalud.



Fuente: Elaboración propia

El programa mihsalud ha sido reconocido como modelo de buena práctica por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2016[68] y por la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunitat Valenciana en año 2018[69].

Durante el año 2019 la Dirección General de Salud Pública, ha participado en la implementación de la Estrategia Valenciana de Inclusión del Pueblo Gitano coordinadamente con la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, y ha sido reconocido el papel de la figura del ASBC como promotor de salud entre sus iguales, papel ya reconocido por la OMS y la OPS[70]. Durante el año 2020 se ha extendido la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria en a la provincia de Alicante. En la ciudad de Valencia desde el año 2009 al 2020 se han realizado 11 ediciones del curso de formación-acción de agentes de salud, comenzando en el año 2020 la primera edición en las ciudades de Alicante y Elche, y para el año 2021 está previsto que comience en la ciudad de Castellón.

Respecto a la formación de profesionales sanitarios en promoción de la salud y competencia cultural, en València se han realizado tres ediciones del curso denominado promoción de salud y diversidad cultural, de una duración de 20

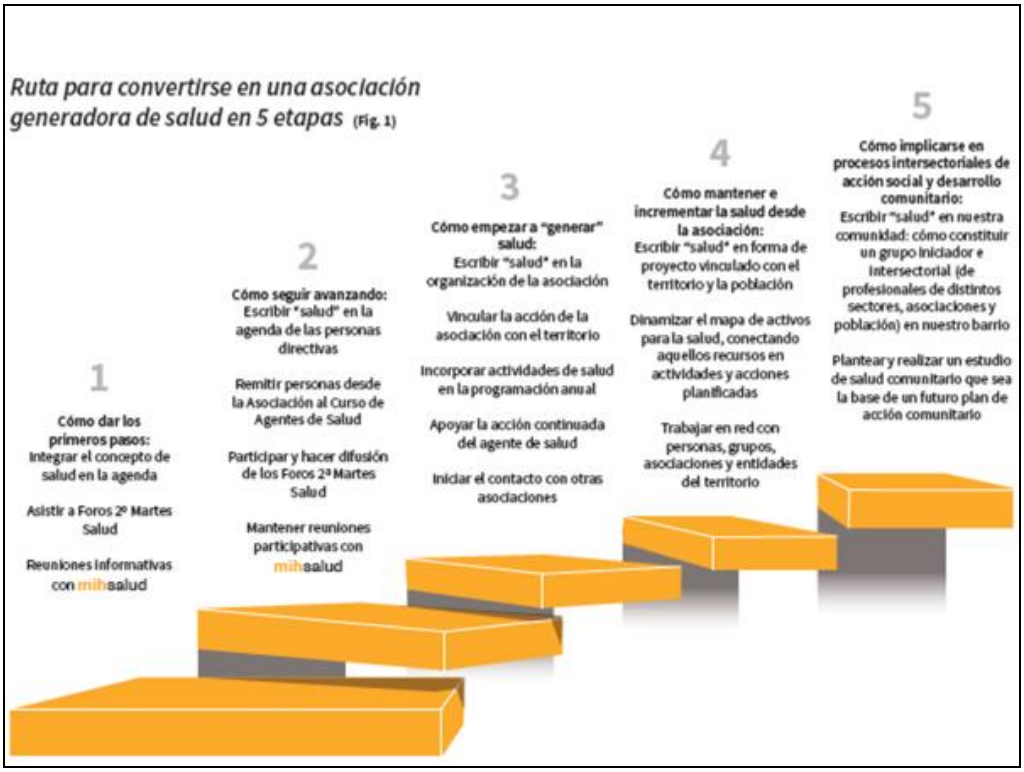
horas. En 2020 se han planificado dos ediciones en València y la primera edición en la ciudad de Alicante.

Paralelamente, el programa mihsalud contribuye a desarrollar la salud comunitaria al generar trabajo conjunto entre profesionales sanitarios referentes del programa, ASBC y la comunidad, a través del proyecto “Ciudad mihsalud” que se lleva realizando desde el año 2014. La asociación ACOEC solicita anualmente subvenciones que convocan entidades u ayuntamientos, presentado proyectos de salud para la dinamización de la salud comunitaria, contratando a ASBC y vinculándose a las zonas de salud con mayor vulnerabilidad de la ciudad. Al mismo tiempo, desde el CSPV se fomenta y asesora para que otras asociaciones vinculadas al programa mihsalud, incorporen la salud en su agenda y realicen acciones de promoción de salud en el barrio donde están ubicadas, fomentando que presenten proyectos de salud a las convocatorias de subvenciones[15].

En la figura 8 podemos observar la ruta propuesta en la “Guía salud en nuestra agenda[62]” dirigida a las asociaciones, para que estas incorporen la salud en su agenda y participen en el programa mihsalud. Esta ruta abarca desde la formación de ASBC, la creación de puntos informativos y talleres de salud[6], hasta la presentación de proyectos de salud participativos con las personas que viven en el territorio donde están ubicadas las asociaciones.

Estos proyectos se financian con las subvenciones anuales del Ayuntamiento de València, la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública a través de Xarxa Salut[15] y la Fundación social la Caixa.

Figura 8: Etapas para incorporar la salud en la agenda de las asociaciones



Fuente: Castro-Rojas L, Crisanto M, Martín-García A, et al. 2016

1.5.1 Formación-Acción de Agentes de salud de base comunitaria: Programa mihsalud

Mihsalud ha desarrollado un plan formativo[67] vinculado a la acción. Existe evidencia que los programas basados en la educación entre iguales favorecen la participación comunitaria promoviendo la salud de la comunidad[45]. La formación-acción se fundamenta en el potencial de cambio de la educación para la salud entre iguales[58] al considerar que, si la salud es importante para una persona, esta comparte el conocimiento adquirido con personas cercanas, como son sus iguales, porque considera valioso el hecho de transmitir la información recibida tal y como se ha demostrado en diversas poblaciones y entornos[71].

Para la selección de las personas ASBC, las asociaciones participantes proponen a una o dos personas con capacidad de liderazgo, habilidades de comunicación, motivadas para promover la salud y con capacidad para llegar a sus iguales. Además, las asociaciones ofrecen los recursos necesarios para que las personas ASBC puedan desarrollar la parte práctica del curso, facilitando que se realicen actividades educativas en sus locales y convocando a las personas para la realización de talleres. La formación-acción de agentes de salud de base

comunitaria, la realizan profesionales sanitarios especialistas en la materia que imparten así como ASBC previamente formados en las primeras ediciones que tutorizan las prácticas del curso. Esto permite al alumnado identificar al equipo de profesionales que trabajan en atención primaria y conocer su función y los conocimientos que aportan. Además, al conocerlos en persona se, establece una interacción personal que favorece vínculos entre profesionales y ASBC. Cuando acaban la formación, las personas formadas como ASBC conocen al equipo de profesionales sanitarios de su zona de salud y suelen mantener el contacto.

Los módulos teóricos del curso se plantean en forma de sesiones participativas[6] con dinámicas grupales basadas en el aprendizaje significativo[50]. Estas sesiones combinan talleres que el alumnado recibe. Seguidamente en el módulo práctico, las personas que se están formando como ASBC, realizan talleres en sus asociaciones adaptando el contenido al contexto de sus iguales. El curso de formación-acción ha ido evolucionando en horas docentes desde su inicio: en la primera edición la duración fue de 80 horas (60 teóricas y 20 prácticas); en la actualidad es de 130 horas (82 teóricas y 48 prácticas), con una duración de 16 semanas, impartiéndose dos sesiones de 4 horas cada semana. La parte teórica se divide en tres módulos y después de cada módulo hay 2 semanas para realizar la parte práctica.

Durante el periodo de pilotaje 2009-2010 la formación se realizó en el Centro de Estudios para la Integración Social y Formación de Inmigrantes (CEIMIGRA). En 2011, en la 3ª edición del curso, la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, acreditó la formación-acción de ASBC del programa mihsalud, comenzando a impartirse en la EVES desde entonces a la actualidad.

En el año 2019, la Dirección General de Salud Pública, junto con la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), coordinaron las acciones de unificación de los contenidos de los dos programas que se están llevando a cabo en la Comunitat Valenciana para la formación-acción de ASBC: el programa mihsalud dirigido al ámbito urbano y proyecto RIU (Replica, Innova, Une)[71] dirigido al ámbito de barrio de un municipio.

La acreditación de la formación de ASBC del proyecto RIU ha sido reconocida por la EVES en el año 2019, a pesar de que el proyecto comenzó en 2009.

La tabla 1 ofrece la evolución de las horas docentes y el lugar de realización del curso de formación-acción del programa mihsalud, en las 11ª ediciones realizadas hasta la actualidad.

Tabla 1: Evolución de las horas docentes y lugar de realización del curso de ASBC.

AÑO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TEORIA	52	68	80	80	80	48	80	80	80	68	88
PRACTICA	8	36	40	40	40	42	40	40	40	32	42
LUGAR	CEIMIGRA	CEIMIGRA	EVES	EVES	EVES	EVES	EVES	EVES	EVES	EVES	EVES

Fuente: Elaboración propia

La selección, actitud y disponibilidad de la persona que se forma como ASBC, así como el apoyo que recibe durante su formación, es fundamental para conseguir finalizar con éxito su capacitación. Hay que tener en cuenta que el perfil de las personas educadoras entre iguales viene determinado por el sexo, la edad, la cultura, el país de nacimiento, religión, etc. Estas características van a definir el perfil de "igual" de las personas que a las que va a llegar durante y después de la formación como ASBC[72,73]. En contextos de vulnerabilidad, la figura del ASBC se convierte en agente de cambio en el entorno más próximo donde vive y para las personas más cercanas. Las personas ASBC favorecen el acceso a los recursos sanitarios de sus iguales. Son el nexo que permite conectar personas con recursos locales y con referentes sanitarios en los barrios y promueven la formación de otras personas como nuevas ASBC.

2. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE PARTIDA

2.1 Justificación e Hipótesis

Esta tesis tiene su origen en las actividades que se realizan desde la sección de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de València.

Uno de los objetivos del Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) es el diseño, implementación y evaluación de programas para promover la salud. La cartera de servicios de 2014 de la Dirección General de Salud Pública, en la Línea Estratégica 3, especifica este objetivo, concretamente en el Epígrafe 3.4 "Programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud".

Fomentar la participación comunitaria coordinadamente con APS, es la clave del programa mihsalud, al impulsar que las asociaciones incorporen la salud en su agenda, proponiendo a personas líderes para la formación-acción de agentes de salud y creando espacios de encuentro entre profesionales y referentes de asociaciones, de forma que se conviertan en espacios generadores de salud, convivencia y encuentro intercultural.

Desde el punto de vista de los servicios de salud y teniendo en cuenta la evidencia científica, el equipo de profesionales sanitarios ha de utilizar herramientas participativas para fomentar la alfabetización en salud y los autocuidados, así como para favorecer el acceso adecuado y equitativo a estos servicios. La coordinación de los recursos sanitarios y educativos con recursos locales, y el impulso de las asociaciones para promover la salud entre sus iguales, se convierte en una estrategia para disminuir las desigualdades en salud. Los y las agentes de salud de base comunitaria llegan a aquellos espacios donde los profesionales no llegamos en entornos de vulnerabilidad urbana.

Y con todo ello, esta tesis pretende contribuir a aumentar el conocimiento sobre el papel que desempeñan las asociaciones en la promoción de la salud, sobre todo desde su implicación en la formación de personas líderes de la comunidad como agentes de salud de base comunitaria. Esta formación se combina con la "acción" que permite promover la salud en los espacios asociativos y comunitarios. En definitiva, los cursos de capacitación como agentes de salud son espacios de aprendizaje y convivencia que aumentan el capital social de los colectivos en situación de vulnerabilidad, desde una perspectiva de género e interculturalidad.

2.2.1 Objetivo General

Describir el proceso y los resultados de diseñar e implementar una acción formativa dirigida a capacitar a personas pertenecientes a asociaciones comunitarias como agentes de salud de base comunitaria en contextos urbanos de vulnerabilidad.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Diseñar un curso de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria dirigido a personas líderes procedentes del ámbito asociativo en contextos de vulnerabilidad de la ciudad de València.
- Identificar las características de las personas formadas como agentes de salud de base comunitaria y de las asociaciones a las que pertenecen durante diez ediciones del curso de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria.
- Describir la opinión de representantes de asociaciones que han participado en la formación de agentes de salud sobre el programa mihsalud y sobre el proceso de formación-acción de estos agentes.

2.2.3 Hipótesis

Existe evidencia que la educación entre iguales es una estrategia que obtiene buenos resultados en la promoción de la salud y en el acceso y utilización adecuada de los servicios de salud en contextos de vulnerabilidad.

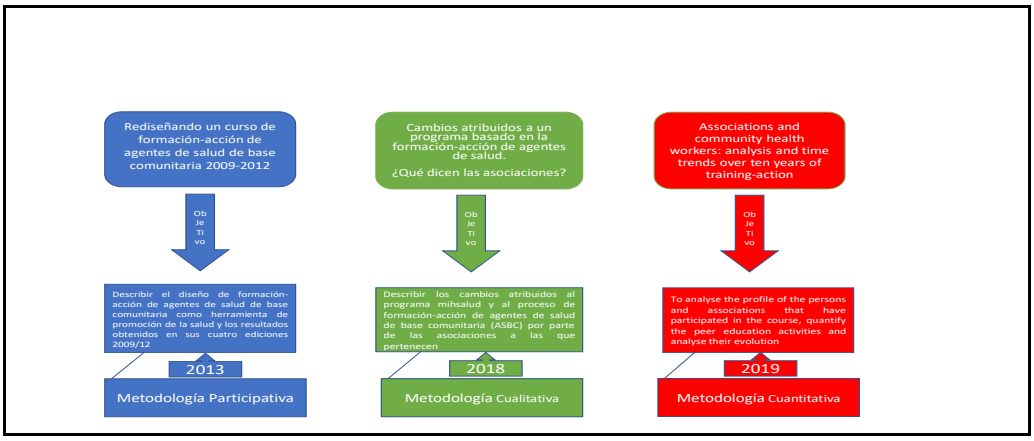
Desarrollar un modelo de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria con participación del tejido asociativo de una ciudad, contribuye a promover la salud y la interculturalidad entre las personas formadas como ASBC y en las asociaciones a las que pertenecen.

3. MATERIAL Y METODOS

3.1. Organización del trabajo de tesis

En la figura 9 se muestra la organización cronológica de los artículos que articulan esta tesis, incluyendo el título, el objetivo general, el año de publicación y la metodología empleada.

Figura 9: Organización cronológica de los tres artículos que articulan la tesis



Fuente: Elaboración propia

3.2. Compendio de publicaciones

Esta tesis doctoral se presenta bajo la modalidad de compendio de publicaciones según lo estipulado en el Artículo 8 y el Artículo 9 del reglamento sobre depósito, evaluación y defensa de tesis doctoral de la Universidad de Valencia (Anexo IV).
La composición de esta tesis doctoral está integrada por los siguientes artículos ya publicados:

3.3. Metodología

A continuación, se presenta un resumen de la metodología utilizada en los tres estudios realizados para alcanzar los objetivos de esta tesis. Para una información más detallada consultar los tres artículos que la conforman (Anexos 1, 2 y 3).

3.3.1. Diseño y ámbito de estudio:

En cuanto al diseño del primer artículo “Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria” (Anexo 1), este consiste en la descripción de un estudio participativo sobre el diseño de un curso de formación-acción basado en la estrategia de la educación entre iguales y el aprendizaje significativo.

El curso incorpora la metodología participativa y alterna módulos de formación teórica y práctica (FORMACIÓN) con transferencia de la práctica recibida al ámbito asociativo y comunitario (ACCIÓN), incorporando nuevas actualizaciones en las sucesivas ediciones.

Para ello se realizó una identificación de necesidades, definición de objetivos, perfil de personas destinatarias, difusión y visita a las asociaciones; se definió la forma de acceso y acreditación, la metodología del curso y contenidos, la selección y preparación del profesorado, así como la evaluación.

El segundo artículo "Cambios atribuidos a un programa basado en la formación-acción de agentes de salud. ¿Qué dicen las asociaciones?" (Anexo 2) está basado en un estudio analítico cualitativo mediante entrevistas semi-estructuradas a representantes de las asociaciones, transcurridos cuatro años después de haber remitido algún candidato o candidata al curso de formación-acción de ASBC.

El tercer artículo "Associations and community health workers: analysis and time trends over ten years of training-action" (Anexo 3), está basado en un estudio de evaluación con metodología cuantitativa a partir de un análisis de las memorias y de los registros de los cursos de formación-acción realizados de 2009 a 2018.

El ámbito de los tres estudios es la ciudad de València, concretamente la red asociativa de la ciudad vinculada a los departamentos de salud Dr. Peset, Clinic-Malvarrosa y la Fe, donde se lleva a cabo el programa mihsalud.

3.3.2. Población y muestra de estudio

En el primer artículo la población de estudio fue el equipo motor formado por 12 personas pertenecientes al ámbito sanitario de salud pública, atención primaria (medicina, enfermería, pediatría, sexología, trabajo social), vinculadas con el departamento de salud Dr. Peset donde comenzó el proyecto piloto, el tercer sector, la universidad e instituciones relacionadas con la inmigración. Todas ellas aportaron sus conocimientos y analizaron el tipo de curso que había que diseñar en función de las necesidades sanitarias detectadas. También constituyeron población de estudio representantes de asociaciones participantes en los foros 2º Martes Salud, por su experiencia en la identificación de necesidades y en la localización de la población en riesgo.

En el segundo artículo, la población de estudio fueron representantes de asociaciones que habían propuesto a personas para la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria.

En el tercer artículo, la población de estudio fueron las personas formadas como ASBC durante las 10 ediciones del curso de formación-acción de ASBC y las personas representantes de las asociaciones que las propusieron para esta formación.

3.3.3. Variables de estudio:

En el primer artículo se incluyeron como dimensiones cualitativas: las necesidades detectadas de la población, los objetivos que persigue el curso, el perfil de las personas destinatarias, la difusión a las asociaciones, la forma de acceso y la acreditación, la metodología del curso y contenidos, la selección y preparación del profesorado, la evaluación, la institución colaboradora, el horario y lugar de realización.

En el segundo artículo: las dimensiones de estudio fueron los beneficios y ventajas de la formación de ASBC percibidos por representantes de las asociaciones colaboradoras y los vínculos de continuidad de las y los ASBC en la asociación después del curso; la valoración de la figura y funciones de ASBC; los cambios producidos en la asociación relacionados con la acción de las personas formadas como ASBC y el programa mihsalud; el diseño de proyectos de salud; y la relación con otros recursos sanitarios y otras asociaciones.

En el tercer artículo, las variables de estudio utilizadas fueron: el número de las personas formadas como agentes de salud en las 10 ediciones del curso de formación-acción, y de ellas: el sexo, el país de nacimiento, el año de la formación, el tipo de asociación y su vinculo de continuidad tras la formación. Y de las asociaciones: el número de éstas según la edición, su tipología según población atendida y variedad cultural, y el tipo de vínculos con ASBC tras la formación-acción.

3.3.4. Recopilación de información

En el primer artículo, para re-diseñar el curso de formación-acción se recogió información sobre necesidades de formación de la población destinataria de tipo cuantitativo procedente de fuentes secundarias e información cualitativa obtenida

a través de los Foros comunitarios 2º Martes Salud. A partir de esta información un grupo interdisciplinar de profesionales de diversas instituciones, mediante reuniones de trabajo, fue consensuando los objetivos, contenidos, metodología y todas aquellas consideraciones relacionadas con la primera edición del curso. Del censo de asociaciones facilitado por el Ayuntamiento, se seleccionaron aquellas que tenían capacidad de movilización y base social amplia para difundir el curso entre las personas colaboradoras y vinculadas a ellas. Las evaluaciones del alumnado y del profesorado que se realizaron después de esta primera edición se registraron mediante cuestionarios, generaron propuestas de mejora que el equipo de mihsalud y el grupo de profesionales de apoyo incorporaron en la siguiente edición y así sucesivamente en las tres ediciones siguientes. Los datos sobre las actividades realizadas se extrajeron de las bases de datos y de las memorias de las cuatro ediciones del curso.

En el segundo artículo la información se recopiló a través de entrevistas semi-estructuradas, con un guion homogéneo de ítems.

En el tercer artículo se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en donde se fueron incorporando los datos de los registros y memorias de cada edición del curso, introduciéndose los datos de las variables del estudio.

3.3.5. Análisis de datos

En el primer artículo, en cada etapa del diseño del curso se llevó a cabo una estrategia de análisis distinta:

Para diseñar el primer curso, se realizó un análisis de necesidades a través de información cuantitativa (datos socio demográficos, tasa de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE), de utilización de los CSSR, motivos de alta hospitalarios) e información cualitativa obtenida a través de Foros Comunitarios.

La definición de objetivos, contenidos y estructura del curso se realizó a partir de las necesidades detectadas y la selección del equipo de profesores se hizo en función de los temas, experiencia y proximidad al programa: profesionales de los CAPS y CSSR, así como técnicos del CSP de València y de la Dirección General de Investigación y Salud Pública.

La tutorización de los módulos prácticos la realizaron las mediadoras interculturales del programa, que fueron anotando la evolución personal del alumnado en una planilla durante cada uno de los periodos prácticos de la

formación-acción que permitió hacer un seguimiento de su evolución y las actividades realizadas.

A través de las memorias y registros de los cursos de formación-acción de agentes de salud se analizaron los datos cuantitativamente para conocer las actividades realizadas en las asociaciones y las personas formadas como ASBC.

En el segundo artículo se realizó un análisis temático, a través de un análisis estructural de las citas textuales, las transcripciones se codificaron línea por línea desde una perspectiva inductiva. Los miembros del equipo investigador analizaron y compararon los códigos entre ellos para ir identificando temas y categorías de análisis. Las categorías de análisis surgieron partir de las dimensiones de estudio previamente establecidas, dejando emerger nuevas categorías a partir de la información. Se categorizó toda la información mediante la agrupación de los discursos que compartían una misma idea. Se diferenciaron los discursos compartidos por la mayoría de participantes, utilizando el programa Nvivo versión 10.

En el tercer artículo, el análisis de la información se realizó a través del programa SPSS versión 17.0, utilizando medidas de frecuencia central, con el objeto de cuantificar las personas formadas como agentes de salud según la edición del curso, el sexo y las asociaciones a las que pertenecían, clasificando las asociaciones por tipos; se recogió información sobre las asociaciones participantes y las personas agentes de salud que seguían vinculadas a proyectos comunitarios después del curso. Se utilizó una macro diseñada para el SPSS llamada ICIP v. 2001 para determinar los niveles de confianza y el programa IBM SPSS Statisticsv.20 para analizar las variables estadísticas.

4. RESULTADOS

Teniendo en cuenta que esta tesis se presenta como compendio de tres artículos publicados, en el apartado de resultados se presentan sólo los resúmenes de los mismos. Los artículos a texto completo aparecen anexados al final de esta tesis (Anexos 1, 2 y 3).

4.1. Artículo 1**: Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2013; 22(3).** Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962013000200011 (Anexo 1)

Justificación: El diseño de este curso se encuentra dentro del programa MIHSALUD de alta difusión y movilización social en entornos urbanos para empoderar a la comunidad, dirigido a población en situación de vulnerabilidad, de la ciudad de Valencia, dando respuesta a las necesidades de salud detectadas.

Objetivo: Describir el diseño de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria como herramienta de promoción de la salud y los resultados obtenidos en sus cuatro ediciones 2009/12.

Métodos: Se realiza el diseño del primer curso con metodología participativa y alternando módulos de formación teórica y práctica (FORMACIÓN) con transferencia de la "práctica" recibida al ámbito asociativo y comunitario (ACCIÓN), incorporándose nuevas actualizaciones.

Resultados: Diseño del curso, contacto con 33 asociaciones, capacitación de 65 agentes de salud. Realización de 8 mapas comunitarios, 98 puntos informativos, 430 conversaciones y 177 talleres en los que participan 1913 personas.

Conclusiones: La estrategia de formación-acción se muestra válida para trabajar la salud de la comunidad.

4.2. Artículo 2: **Cambios atribuidos a un programa basado en la formación-acción de agentes de salud. ¿Qué dicen las asociaciones? Rev Esp Salud Pública.2018;92:24**.Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100216&lng=es&nrm=iso&tlng=es (Anexo 2)

Fundamentos: Las intervenciones dirigidas a mejorar la salud deben tener en cuenta las desigualdades de la población y orientarse a la población más necesitada. El programa mihsalud (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud) promueve la salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad implicando al ámbito asociativo.

Objetivo: Describir los cambios atribuidos al programa mihsalud y al proceso de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria (ASBC) por parte de las asociaciones a las que pertenecen.

Diseño: Estudio descriptivo cualitativo.

Emplazamiento: Ciudad de València

Participantes: Entrevistas semi-estructuradas a representantes de asociaciones participantes que formaron ASBC durante 2012.

Método: Se realizaron 12 entrevistas semi-estructuradas a representantes de asociaciones que habían formado ASBC entre sus voluntarios y voluntarias después de 4 años de la formación. Las entrevistas se transcribieron y se analizaron con el programa para análisis cualitativo Nvivo. Se hizo un análisis temático: las transcripciones se codificaron línea por línea desde una perspectiva inductiva.

Resultados: Se identificaron tres categorías principales: 1) Reconocimiento del rol del ASBC y de la importancia de la formación recibida en el programa; 2) Cambios que se ponen en marcha en las asociaciones tras la participación en el programa al tener una visión más amplia de la salud; ASBC como nexo con los profesionales sanitarios de la zona y trabajo en red con otras asociaciones; 3) dificultades encontradas: falta de apoyo para la continuidad de los proyectos vinculados con ASBC por la precariedad de las asociaciones pequeñas y las oportunidades encontradas: coordinación con los servicios, reconocimiento a nivel local y fomento de la participación e interculturalidad a través de ASBC y sus iguales.

Conclusiones: Las asociaciones reconocen que el programa y ASBC han hecho posible la colaboración con recursos sanitarios, han promocionado la salud entre sus iguales y han fomentado el trabajo en red.

4.3. Artículo 3: **Community health associations and workers: analysis and time trends over ten years of training-action. Gac Sanit. 2019.** Disponible en:https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119302146?via%3Dihub (Anexo 3)

Introduction: Mihsalud is a program designed to promote health amongst persons in vulnerable situations in the city of Valencia (Spain). It offers a yearly training-action course of community health workers (CHW) that is attended by persons who have been proposed by associations. Nurses are the professional reference who coordinate and train community health workers.

Objetive: To analyse the profile of the persons and associations that have participated in the course, quantify the peer education activities and analyse their evolution.

Material and Methods: A quantitative study using an analysis of the course records from 2009 to 2018 was designed for this purpose. The associations were defined according to their population (immigrant, local or intercultural) and the CHWs according to gender, country of birth, year of course, association and continuity after training. Means and confidence intervals were calculated at 95% and a bivariate analysis was conducted in order to compare the activities that took place in 2009 to 2013 with those of 2014 to 2018. The time trends were analysed by applying linear regression models that included the different years studied as the dependent variable.

Results: 201 CHW of 31 nationalities were trained, 81.6% [CL 95%: 75.5 to 86.7] were women. 82 associations participated, 51.2% [CL 95%: 39.9 to 62.4] worked with culturally diverse populations. Participation by associations (p=0.017) and CHWs (p=0.377) increased in a statistically significant manner over the years. After the course, 35.3% [CL 95: 28.7 to 42.4] of the CHWs continued to collaborate voluntarily in the associations.

Conclusions: The results of the CHW training-action course improve over time given that a significant increase in participation by associations and women can be

seen, along with a greater number of activities completed during the training. One effect of this is that CHWs are contracted or carry out voluntary activities in the associations.

5. DISCUSIÓN

5.1. Sobre el diseño de la formación-acción del programa mihsalud

En el programa mihsalud se plantea una formación-acción basada en la educación entre iguales dentro del marco de una intervención. Esta formación-acción tiene un diseño emergente, flexible y está dirigida a personas líderes de la comunidad procedentes de asociaciones. Al ser un programa innovador en promoción de salud, el propio proceso se ha convertido en materia de investigación, con el fin de dar a conocer la experiencia generando evidencia científica en territorio español.

El programa mihsalud ha seguido las recomendaciones de la guía NICE adaptada al contexto español[74]. La formación-acción ha sido rediseñada[67] sucesivamente, incorporando los cambios y mejoras en cuanto a contenidos y metodología tras las evaluaciones de cada edición, y se ha tratado de dar respuesta a las necesidades de salud detectadas por las y los propios ASBC.

Esta experiencia de re-diseñar un curso de formación-acción sostenido durante once ediciones, puede ser útil para todas aquellas personas, profesionales o miembros de la comunidad, que deseen incorporar la estrategia de educación entre iguales en sus planes, programas o proyectos, implicando al tejido asociativo y a profesionales sanitarios y sanitarias de Salud Pública y Atención Primaria.

En 2019 la Dirección General de Salud Pública y Adicciones ha realizado la unificación de contenidos de los cursos de formación-acción de los programas mihsalud y RIU, ambos programas están basados en la promoción de la salud a través de la educación entre iguales y la formación de ASBC, con la diferencia que mihsalud se realiza en un entorno urbano y RIU en un entorno de barrio.

El modelo de participación del programa mihsalud sitúa a las asociaciones en el centro de las acciones para promover la salud en los barrios de las grandes ciudades, ya que las asociaciones aumentan la capacidad de movilización y penetración del programa para alcanzar a la población más vulnerable. A través de los Foros comunitarios 2º Martes Salud[65], y a partir de las visitas de las

técnicas del programa a los barrios en donde están ubicadas las asociaciones, se ha establecido una relación de confianza que ha facilitado la participación de las mismas de diversas formas: vinculándose al programa, presentando a personas líderes a la formación-acción de ASBC y ofreciendo sus instalaciones, recursos y base social para los periodos de prácticas, acudiendo a los foros comunitarios, incorporando la salud en la agenda de la asociación[62] e implicándose así en el diseño de la formación-acción.

Otro elemento innovador es la combinación de teoría y práctica en el contexto formativo. Mientras las personas participantes del curso aprenden conocimientos y competencias, a la vez actúan como educadoras entre iguales al transmitir lo aprendido a sus iguales durante las prácticas, lo que genera cambios en ellas mismas y en sus contextos. Durante la formación hay un intercambio de saberes entre el alumnado y el profesorado, al compartir muchas horas de formación y espacios de reflexión y diálogo intercultural. Es la vinculación entre el “saber y el hacer”, el "aprender haciendo" basado en el aprendizaje significativo[49] que resulta tan motivador[73].

En el programa mihsalud se genera una relación de confianza con las asociaciones y los objetivos son consensuados por ambas partes. Destacando que es posible generar estrategias planificadas de promoción de la salud[24,74] para incorporar la salud en la agenda de las asociaciones[62].

Los resultados favorables de este trabajo coinciden con el de otras experiencias de educación entre iguales en otras comunidades autónomas[75], bien con enfoque de promoción de la salud bien en atención a la cronicidad como el programa del paciente experto[76].

El papel de las profesionales de enfermería ha sido fundamental en la coordinación del curso, en la docencia, en la evaluación y planificación de los periodos prácticos y su vinculación a los contenidos teóricos, así como en el seguimiento de la tutorización de la acción durante el periodo práctico.

El curso es un espacio que permite el desarrollo de las competencias atribuidas al desarrollo de la participación en salud comunitaria y el equipo de profesionales que trabajan en el ámbito de Atención Primaria[70] y en Salud Pública, son facilitadores para hacerla posible[75,77].

5.2. Sobre la opinión de las asociaciones de la formación y la figura del agente de salud

Las personas representantes de asociaciones entrevistadas valoran positivamente la formación recibida por las personas formadas como ASBC durante el curso[73], reconocen el papel y la función que desarrollan en la mejora de la salud[24] desde el entorno asociativo y en la conexión de las entidades con otros servicios y recursos comunitarios[66]. A su vez, opinan que las actividades que realizan tienen que ver con una visión más amplia de la salud según el modelo de los determinantes sociales de la salud[26,29], pese a que antes de su participación en el programa mihsalud, no lo consideraban así. Destaca el liderazgo de las mujeres en el ámbito asociativo, caracterizado por el voluntariado o el altruismo[78,79]. Desde el inicio del programa mihsalud se contó con la participación de las mujeres[80].

5.3. Sobre el rol de la persona formada como agente de salud de base comunitaria

Los cambios identificados en cuanto al rol de ASBC son coincidentes con los resultados obtenidos en el proyecto RIU[71] que está basado en la formación de ASBC en contextos de vulnerabilidad a nivel de barrio. Entre estos resultados se reconoce el rol que ejercen como promotores de salud entre iguales, así como su potencial de cambio[81] favoreciendo el acceso al sistema sanitario y el empoderamiento de estos colectivos.

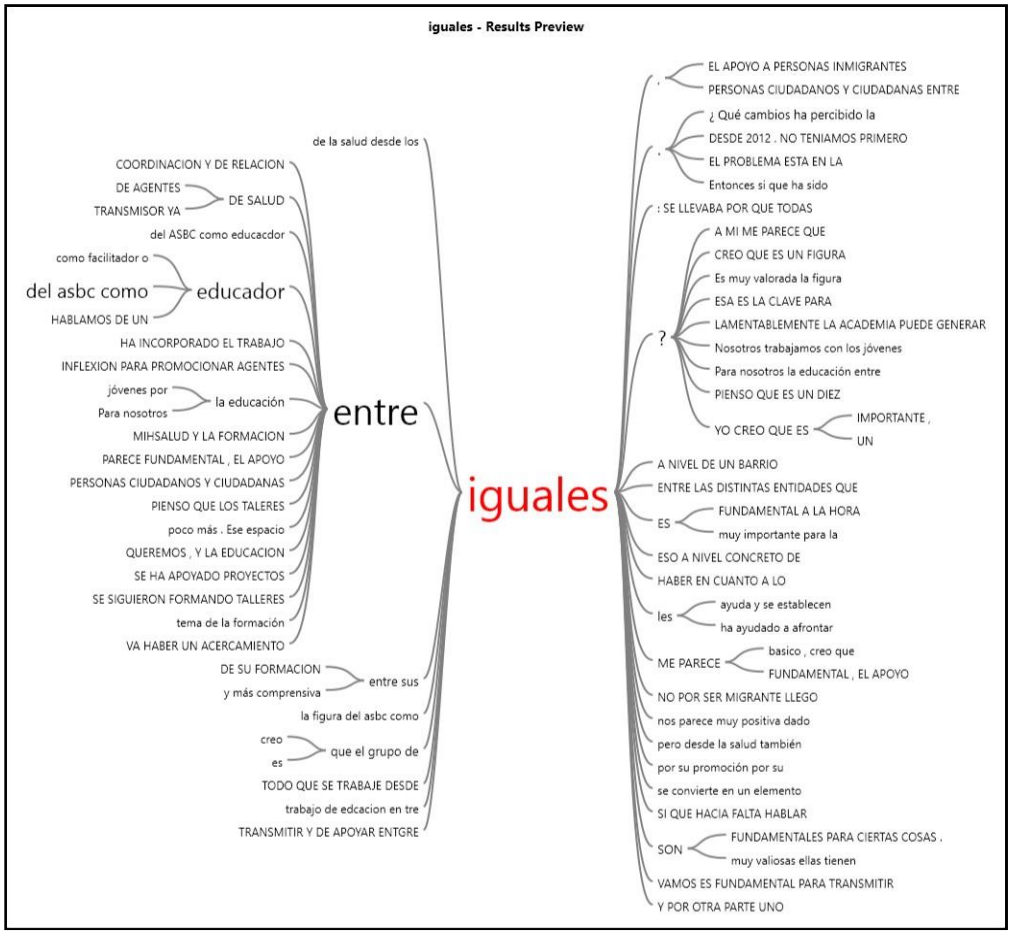
En otras investigaciones realizadas sobre asociaciones de pacientes[82], se reconoce el rol de las personas con patologías crónicas que han sido capacitadas por profesionales sanitarios, para controlar mejor su enfermedad y que son denominadas “pacientes expertos”. Esas personas actúan como educadoras de otras pacientes con la misma patología. La educación entre iguales es una estrategia útil en promoción de la salud porque favorece la participación de las personas en el cuidado de su propia salud, tanto si están sanas como si presentan patologías crónicas[5,23,47].

Nuestros resultados concuerdan con estudios sobre asociaciones o entidades sociales[83] en las cuales las y los ASBC favorecen la integración en estas poblaciones, al desarrollar el sentido de pertenencia y su integración en la comunidad[61]. En las asociaciones de mujeres inmigrantes[63], las mujeres son motor de integración y actúan como puente entre estas y la sociedad receptora;

ofrecen apoyo emocional, instrumental y material entre mujeres, que les permite participar y tejer redes de apoyo que minimizan las barreras y reducen la vulnerabilidad social.

La figura 10 ofrece una expresión gráfica obtenida en el análisis cualitativo realizado en el segundo artículo, en donde podemos observar las relaciones de la palabra “entre iguales”[58] con otros términos relacionados. El tamaño de la letra expresa las veces que ha sido utilizada esta palabra en los discursos analizados, mostrando que el eje de los discursos se sitúa en la expresión “entre iguales”.

Figura 10: Relación de términos que definen la palabra “entre iguales”



Fuente: Elaboración propia

5.4. Sobre la participación de asociaciones y agentes de salud

La participación de las mujeres y de las asociaciones[72] ha ido incrementándose a lo largo de las sucesivas ediciones del curso. Esto podría ser debido a la implicación directa de representantes de las asociaciones en el diseño[80] del curso de formación-acción de ASBC; o a que éste ha ido consolidándose a lo largo de los años y es conocido y valorado positivamente tanto por las asociaciones como por las personas formadas como ASBC. Las herramientas participativas utilizadas en el programa mihsalud[6], han permitido que se haya producido un incremento de asociaciones que tienen contratadas a personas formadas como ASBC en proyectos de salud. Al mismo tiempo, algunas entidades han mantenido el vínculo con ASBC en forma de voluntariado[79] y otras han aprovechado el curso para que sus profesionales tengan capacitación como ASBC para incorporar la salud en su agenda[62,84] e impulsar proyectos de salud comunitaria vinculados en el territorio donde están ubicadas.

De estos resultados se desprende la importancia que adquiere el programa mihsalud al contar con un modelo participativo vinculado al tejido asociativo para promover la salud en colectivos de especial vulnerabilidad, tal y como propone Asweto et al.[85,86]. Este modelo destaca por su potencial de alcance a grupos de personas y de inclusión de las mismas en el sistema de salud. La estrategia del programa mihsalud basada en la educación entre iguales[57], consigue la implicación de las asociaciones en la puesta en marcha de proyectos de forma conjunta y coordinada con los servicios de salud y aumenta el capital social[7,84].

5.5. Salud, convivencia y encuentro intercultural

La diversidad de nacionalidades y culturas de las personas participantes formadas como ASBC, ha permitido generar espacios de mediación[8] y encuentro intercultural fuera de los servicios sanitarios[60,61], así como posiblemente ha podido contribuir a reducir desigualdades en salud[18] en cada una de las ediciones del curso, al provocar experiencias positivas de convivencia y trabajo conjunto en relación a la salud y empoderando[10] a las personas que se han formado como ASBC. La difusión de la guía “salud en la agenda”[62] dirigida a las asociaciones para facilitar y fortalecer una mayor implicación en el programa, junto con la creación de líneas de financiación por parte de la administración autonómica (DGCV: 8285/02.05.2018) dirigidas a la elaboración de proyectos en poblaciones

en situación de vulnerabilidad, permiten la continuidad de las acciones a lo largo del tiempo.

Principales limitaciones de esta tesis

Respecto al diseño del curso:

La coordinación del equipo docente del curso de formación-acción de ASBC, está compuesta por un equipo numeroso de profesionales sanitarios y no sanitarios, de diversas culturas, esto supone un gran esfuerzo de gestión y coordinación para el buen funcionamiento y seguimiento de la formación-acción.

El posicionamiento del y la docente en el contexto de la educación entre iguales requiere que el profesorado sea competente para transmitir contenidos teóricos y prácticos de una manera rigurosa, pero a la vez sencilla, y que además, tenga formación en competencia cultural para poder llegar al alumnado sin prejuicios de una forma equitativa. Y todo ello de manera que el alumnado pueda hacer la transferencia de los mensajes de salud al ámbito comunitario. La tutorización de los periodos prácticos requiere de una correcta coordinación entre el equipo docente y las asociaciones participantes para acompañar y hacer un seguimiento personalizado de cada participante del curso.

Respecto a las asociaciones y el apoyo al agente de salud:

Se aprecia cierta debilidad en la mayoría de las pequeñas asociaciones de la ciudad para mantener su estructura y funcionamiento a lo largo del tiempo. En general, las asociaciones consideran los temas de salud de una manera secundaria a sus propios fines y no prioritaria. Respecto al apoyo que prestan a las personas que proponen a la formación-acción, se detecta falta de apoyo de algunas asociaciones durante el periodo práctico del curso, así también en algunas de ellas, cuando finaliza la formación, hay una falta de continuidad de las actividades iniciadas por ASBC durante el curso.

Otra limitación estaría relacionada con la muestra de personas entrevistadas, porque no se pudo recoger la opinión de la totalidad de las asociaciones, así como por el número de personas entrevistadas (sólo una por asociación). Si hubiera al menos dos entrevistadas por asociación o un grupo de discusión con diferentes representantes, hubiera podido obtenerse más información o triangularla con la

obtenida. Por otro lado, puede haber un sesgo de complacencia con el programa por parte de las y los representantes entrevistados.

Respecto al reconocimiento de la figura de ASBC por la administración sanitaria

En el estudio se detecta que la mayoría de las asociaciones no incorporan agentes de salud tras la formación. Esta falta de continuidad también fue detectada en las evaluaciones continuas tras cada edición. Creemos que esto puede ser debido a la insuficiencia de recursos y a la frágil estructura de la mayoría de entidades, así como a la falta de visibilidad y reconocimiento social de la figura del ASBC por el sistema sanitario y las entidades municipales.

Cabe destacar que en este último año ha habido un cambio desde la Dirección General de Salud Pública y Adicciones al ampliar la formación-acción de ASBC a la zona de Alicante. De igual modo, desde la dirección general se ha propiciado la unificación de la programación docente de los cursos de ASBC que ofrecen los programas RIU y mihsalud a través de la oferta formativa de la EVES dirigida al ámbito asociativo.

Uno de los puntos clave reside en cómo aumentar la participación y la implicación de las asociaciones y cómo conseguir que la administración valore y gratifique su esfuerzo para incorporar los temas de salud en su agenda. Las propuestas formuladas por los representantes de las asociaciones fueron: “presentar los resultados de este estudio a las personas implicadas, aumentar la participación de profesionales sanitarios y del ámbito local en el programa, implementar el modelo en asociaciones de pacientes y realizar nuevas investigaciones con profesionales del ámbito sanitario y municipal para conocer su opinión”[73].

Propuestas de acción:

Seguidamente se relacionan las propuestas de acción que se desprenden de los estudios realizados:

1.- Aumentar la implicación de las asociaciones a través del reconocimiento de la administración, dada la importancia de su coordinación con los servicios sanitarios y recursos locales para fomentar la promoción de la salud en contextos de vulnerabilidad.

2.- Es necesario avanzar en la evaluación del impacto de cada curso de agentes de salud para conocer cómo influye en la salud de las personas vinculadas a las asociaciones y en la red comunitaria creada a través de estas.

3.- Sería interesante plantear formatos de formación-acción más cortos y adaptados a la población juvenil, aprovechando la buena acogida que ha tenido en su entorno la formación del alumnado más joven.

4.- Para incrementar la evidencia científica relacionada con la promoción de la salud en contextos de vulnerabilidad, proponer nuevas investigaciones que permitan ampliar el conocimiento de la práctica de la promoción de la salud en contextos de vulnerabilidad social a través de la educación entre iguales y el desarrollo de la interculturalidad.

Seguidamente se formulan otras propuestas de acción más allá de las anteriores.

1.- Reconocer y extender la figura de las personas formadas como ASBC que promueve la salud entre iguales en contextos de vulnerabilidad, en coherencia con la consideración del programa mihsalud como buena práctica, reconocida por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social así como por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunitat Valenciana.

2.- Incluir en la formación universitaria de ciencias de la salud, dentro del módulo dedicado a la salud, la promoción de la salud basada en la educación entre iguales en salud, identificando el rol de liderazgo de ASBC y su capacitación por profesionales sanitarios.

3.- Existen diferentes perspectivas en la definición de la figura de ASBC en los distintos países, esto muestra la necesidad de unificar criterios para definir una denominación común. Conocer qué pueden aportar a la promoción de la salud los y las ASBC en contextos urbanos de vulnerabilidad y aprender de otros países con mayor desarrollo de la estrategia de la educación entre iguales.

6. CONCLUSIONES

1- El modelo de formación-acción diseñado, dirigido a la capacitación de personas líderes como agentes de salud de base comunitaria procedentes del tejido asociativo, se ha ido consolidado a través de las 10 ediciones del curso y ha permitido demostrar que las estrategias planificadas en promoción de la salud fomentan la participación de personas en situación de vulnerabilidad en entornos urbanos.

2- Las personas formadas como agentes de salud de base comunitaria ejercen un rol como promotor de salud entre sus iguales, esto supone un potencial de cambio en colectivos de mayor vulnerabilidad social y de integración cultural en las ciudades. La mayor participación de las mujeres en la formación-acción de ASBC, pone en evidencia la necesidad de una mayor implicación de los hombres.

3- Desde 2009 hasta la actualidad se ha incrementado el número de asociaciones que participan en el programa mihsalud presentando a personas para la formación-acción de ASBC.

Algunas asociaciones de la ciudad de Valencia han incorporado agentes de salud, bien en su equipo coordinador o bien como agentes de salud contratados a través de proyectos de promoción de salud. Esto permite comprobar que el modelo de formación-acción funciona pues las asociaciones han incorporado la salud en su agenda.

4.- Las personas representantes de asociaciones valoran positivamente el programa mihsalud y la formación que han recibido las y los agentes de salud, reconocen el rol que desempeñan en la mejora de la salud y opinan que ahora tienen una visión más amplia de la salud.

Se ha observado que ha habido un incremento de asociaciones que colaboran conjuntamente en proyectos de salud trabajando en red con los recursos locales.
El programa mihsalud ha facilitado la coordinación entre las instituciones y el tercer sector, así como el fortalecimiento de las redes y el encuentro intercultural que se han ido construyendo a través de los cursos de agentes de salud

7. BIBLIOGRAFIA

1. Ley General de Salud Pública 33/2011.Boletin Oficial del Estado, nº 240, 04 de octubre de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33

2. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. IV Plan de Salut de la Comunitat Valenciana 2016-2020. Generalitat Valenciana; 2016. Availablefrom:https://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=721068034

3. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit.2008; 22(5):465-73. Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012

4. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

5. Díez E, Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, et al. Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. Gac Sanit. 2016; 30 (Supplement 1):74-80. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.04.015

6. López-Sánchez P, Alberich T, Aviñó et al. Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32 (Suppl.1):32-40. [Consultado 30/12/2018]. Disponible en https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.008

7. Popay J. Community empowerment and health improvement: the English experience. En: Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in a global context: theory, methods, action. Springer: New York; 2010: 95-183.

8. Casas M, Collazos F, Qureshi A. Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Barcelona: Obra Social La Caixa; 2009. Capítulo 2: 8-423p. Disponible:

https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33facb96a452

9. Nutbeam D, Levin-Zamir D, Rowlands G. Health literacy and health promotion in context. Glob Health Promot. 2018; 25: 3–5. [cited 2019 June 26].Available from: https://doi.org/10.1177%2F1757975918814436

10. OMS. Promoción de la Salud Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. (consultado el 16/03/2019). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=96F9292C2DCEC913DD74FEB3F368FF20?sequence=1

11. McCartney G, Collins C, Mackenzie M. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? Health Policy. 2013; 113:221–7.Available from: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.021

12. Ottawa charter for health promotion. Canadian Journal Of Public Health.1986; 77(6):425-30. Available:https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index3.html

13. Norma Estado Español: Constitución Española de 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311, 29 de diciembre de 1978. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con

14. Ley General de Sanidad 14/1986. Boletín Oficial del Estado, nº 102, 29 de abril de 1986. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con

15. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Xarxa Salut. Generalitat Valenciana. 2020. Disponible en: https://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?menuRaizPortal=SANMS&CodPunto=3838&Opcion=SANMS52&MenuSup=SANMS&Nivel=2

16. Colomer C, Alvarez-Dardet C. Promoción de salud y cambio social. Barcelona: Masson; 1999. 225 p.

17. Global Health Promotion Conferences. Available: https://www.who.int/healthpromotion/conferences

18. Borrell C, García-Calvente M M, Martí-Boscà J V. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit [Internet]. 2004 Ago [citado 2020Jun18];18(4):02-06.Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002&lng=es.

19. Ramos, A. Desigualdades en salud e inequidades en el acceso a los sistemas sanitarios públicos. Los colectivos socialmente desfavorecidos en Barcelona (Doctoral dissertation). 2008.

20. Carol B, Nájera E, Llopis A, et al. El desafío de la Epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).1988. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34153

21. Salazar L, Grajales, C. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. Ciência Saúde Coletiva. 2004; 9: 545-555. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300009.

22. Zurro M, Solà G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. SL España: Elsevier; 2011.1158 p.

23. Robison L, Siles M, Schmid A. El capital social y la reducción de la pobreza: hacia un paradigma maduro. Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2003: 51-114.

24. Balcazar H, Rosenthal L, Brownstein N, Rush C, Matos S. Community Health Workers Can Be a Public Health Force for Change in the United States: Three Actions for a New Paradigm. Am J Public Health. 2011;101(12):2199 2203.https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2011.300386

25. OPS. Salud en todas las políticas. Washington, D.C.: OPS; 2020. (Consultado el 8/3/2020). Disponible en

:https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=441&Itemid=72250&lang=es

26. OMS. Determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2019. (Consultado el 5/2/2019) Disponible en https://www.who.int/social_determinants/es/

27. OMS. Subsanar las desigualdades en una generación - ¿Cómo? Ginebra: OMS; 2009. (Consultado el 10/3/2019) Disponible en https://www.who.int/social_determinants/final_report/closethegap_how/es/

28. Wilkinson R, Marmot M. Los hechos probados. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

29. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling Up, Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health. Copenhagen: World Health Organization; 2006. 34 p.

30. OPS. Orientaciones para el desarrollo de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS). Bogotá: OPS; 2017.35 p.

31. Mazarrasa L. Educación para la salud en el marco de la promoción de salud. En: Mazarrasa L, German C, Sánchez AM et al. Salud Pública y Enfermería comunitaria. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana; 2003. p. 399-416.

32. Lindstrom B, Eriksson M. Salutogénesis. Journal of Epidemiology and Community Health. 2005; 59:440–442.

33. Aviñó Juan- Ulpiano A. Mapeo de activos en salud en dos barrios vulnerables y su dinamización en una intervención comunitaria participativa. [Tesis doctoral]. Universidad de València. 2017.

34. Ruiz-Giménez JL, Benito LF. Guía de promoción de salud para agentes de salud comunitarios. Madrid: Instituto Madrileño de Salud. Área 1 Atención Primaria; 2003. 2. [consultado 23 enero 2020. Disponible en: http://egavilan.files.wordpress.com/2010/05/guia-de-promocion-de-salud.pdf

35. Giraudo N, Chiarpenello J. Educación para la salud basada en la comunidad. Evid Act Pract Ambul. F. 2011; 14(4):142-148.

36. Parkin S, Mckeganey N. The Rise and Rise of Peer 26. Education Approaches. Drugs (Education, Prevention and Policy). 2000; 7 (3): 293-310.https://doi.org/10.1080/09687630050109961

37. Onusida. Educación interpares y VIH/SIDA: conceptos, usos y problemas. Informe de una reunión de consulta copatrocinada por Onusida, FHI, Ministerio de Salud de Jamaica, Servicios Internacionales de Población (PSI), AIDS Mark Programa de Tecnología Apropiada para la Salud (Path), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Usaid) y Unicef. Ginebra, 2000. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc291-peereduc_es_0.pdf

38. Kobus K. Peers and Adolescent Smoking. Addiction. 2003; 98 Suppl 1:37-55. doi:10.1046/j.1360-0443.98.s1.4.x

39. South J, Meah A, Bagnall A M, Jones R. Dimensions of lay health worker programmes: Results of a scoping study and production of a descriptive framework. Glob Health Promot. 2013; 20(1): 5-12.doi:10.1177/1757975912464248

40. Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, Van den Broek N.X. Who is a community health worker? a systematic review of definitions. Global Health Action.2017; 10:1, 1272223. doi: 10.1080/16549716.2017.1272223.

41. Svenson L, Carmel S, Varnhagen CK. A Review 20 of the Knowledge, Attitudes and Behaviors of University Students Concerning HIV/AIDS. Health Promotion International. Oxford University Press. 1997; 12 (1): 61-68.

42. Bloxham S. The Contribution of Interagency Collaboration to the Promotion of Young People's Sexual Health. Health Education Research Theory and Practice. 1997; 12 (1): 91-101.doi:10.1093/her/12.1.91

43. Simpson K, Freeman R. Critical Health Promotion and Education: A New Research Challenge. Health Educ Res. 2004;19(3):340-348. doi:10.1093/her/cyg049.

44. Parkin V. Peer education: the nursing experience. J Contin Educ Nurs. 2006; 37(6):257-264. doi:10.3928/00220124-20061101-04.

45. NICE. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE guideline. Published: 4 March 2016. (Consultado el 26/03/2019). Disponible en :https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/evidence

46. Alcaraz M, Paredes-Carbonell JJ, López-Sánchez P, et al. Conversaciones informales en un programa de salud comunitaria: evaluación del proceso. IndexEnferm. (edición digital) 2013; 22(4). Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n4/9193.php

47. Alcaraz Quevedo, M. Evaluación socio-económica del Servicio de Mediación Intercultural en un programa de promoción de salud y participación ciudadana: programa mihsalud, en la ciudad de Valencia [Tesis doctoral]. Universitat Politècnica de València. 2015. https://doi.org/10.4995/Thesis/10251/55504

48. Freire P. Pedagogía del oprimido. Madrid: Siglo XXI; 1970. 231 p.

49. Menoyo, C. Estrategias de prevención de VIH/sida y otras ITS en población inmigrante. 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. 79-81.

50. Ausubel DP. Significado y aprendizaje significativo. Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo. México: Trillas; 1976. (Consultado 28/09/2012) Disponible en http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1J3D72LMF-1TF42P4-PWD/aprendizaje%20significativo.pdf

51. Piaget J. El criterio moral en el niño. Ed. Barcelona; 1987.350 p.

52. Rodríguez W. Actualidad de las ideas pedagógicas de Jean Piaget y L. Vygotsky. Ponce, Puerto Rico: Materiales en línea, proyecto para el desarrollo de destrezas del pensamiento; 2000. 62.

53. Corsaro W, Eder D. Children’s Peer Cultures. Annual Reviews Sociology. 1990; 16: 197-220.

54. Turner G, Shepherd J. A Method in Search of a Theory: Peer Education and Health Promotion. Health Education Research Theory and Practice. 1999; 2 (14): 235-47.

55. Kelly J A. Popular Opinion Leaders and HIV Prevention Peer Education: Resolving Discrepant Findings and Implications for the Development of Effective Community Programmes. Aids Care 2004; 16 (2): 139-50.

56. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, López P, Ramírez LM, El Bokhari M. MIHSALUD. Una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. Comunidad. 2012; 14:29-32.

57. Youth Peer Education Toolkit. Standards for Peer Education Programmes. United Nations Population Fund; 2005. (Consultado 28/09/2012) Disponible: http://www.fhi360.org/en/Youth/YouthNet/Publications/peeredtoolkit/Standards.htm

58. Boothroyd R, Fisher E. Peers for Progress: promoting peer support for health around the world. Family Practice. 2010;27 (suppl_1):62–8. [cited 2019 June 26]. Available from: :https://doi.org/10.1093/fampra/cmq017

59. 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; 2008:13-4.

60. Giménez C. La naturaleza de la mediación intercultural. Migraciones.1997; 2:125-59.

61. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. Med Care Res Rev. 2000; 57(1_suppl):181-217. [cited 2018 December 29]. Available from: https://doi.org/10.1177/1077558700057001S09

62. Castro-Rojas L, Crisanto M, Martín-García A, et al. Salud en nuestra agenda: guía para impulsar acciones comunitarias en salud desde las asociaciones. Valencia: Generalitat Valenciana; 2016.Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1426-2016.pdf

63. Mena M, Pla M, Masip M. Análisis de redes de mujeres inmigradas en Cataluña: papel de las asociaciones en el mantenimiento de su salud. Psico, 2007; 38(2).

64. Oficina Estadística del Ayuntamiento de Valencia. Recull estadistic de la ciudad de Valencia 2019. Valencia. Ayuntamiento de Valencia.

65. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Grau Camarena C, et al. Foro comunitario 2º Martes Salud, una herramienta de promoción de salud comunitaria. RIdEC.2017;10[1]17-22. https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27136/foro-comunitario-2o-martes-salud-una-herramienta-de-promocion-de-salud-comunitaria/

66. Sánchez Casado L, Paredes-Carbonell JJ, López Sánchez P, Morgan A. Mapa de activos para la salud y la convivencia: propuestas de acción desde la intersectorialidad. Índex Enfem. 2017; 26 (3):180-184.

67. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz Quevedo M, Ramírez LM, El Bokhari M. Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. Index Enferm. 2013;22(3):166-70. Available from: URL: http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200011

68. Buenas Prácticas en Promoción de la Salud. Programa mihsalud. Ministerio de sanidad.2016.https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_PARTO_2015.htm

69. Buenas Prácticas en Promoción de la Salud. Programa mihsalud. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.2018.

70. OPS/OMS. El papel de los agentes de salud comunitarios y la atención primaria en salud para alcanzar la salud universal. Ginebra, 2018. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14365:el-papel-de-los-agentes-de-salud-comunitarios-y-la-atencion-primaria-en-salud-para-alcanzar-la-salud-universal&Itemid=135&lang=es

71. Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, La Parra Casado D, Álvarez-Dardet C. Projecte RIU: cambios percibidos por agentes de salud y

profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. Atención Primaria 2014; 46(10):531-40.

72. López-Sánchez M P, Roig Sena FJ, Sánchez Cánovas M I, et al. Associations and community health workers: analysis and time trends over ten years of training-action. Gac Sanit. 2019. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.008

73. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Cassetti V, et al. Cambios atribuidos a un programa basado en la formación-acción de agentes de salud ¿qué dicen las asociaciones? Rev Esp Salud Pública. 2018; 92:1-9. e201809054.

74. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ. Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.2018:65 (Cited 2018 Debember 31.) Available at: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC 579 Guía Adapta Participación %20Comunitaria.pdf.

75. Ramos C, Sastre P M, Álvarez B, et al. Puesta en marcha del proyecto Agentes Comunitarios de Salud en el distrito de Villaverde de Madrid. Comunidad. 2018; 20 (Cited 2018 December 30.) Available at: http://comunidadsemfyc.es/puesta-en-marcha-del-proyecto-agentescomunitarios-de-salud-en-el-distrito-de-villaverde-de-madrid/.

76. González A, Fabrellas N, Agramunt M, Rodríguez E, Grifell E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2008; 1: 1-3.

77. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, 29 de junio de 2010; 157: 57217-57250.

78. Esteban ML. Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En: Congreso Internacional Sare 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios delcuidado. Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo; 2004. p. 63-84.

79. South J, Purcell ME, Branney P, Gamsu M, White J. Rewarding altruism: Addressing theissue of payments for volunteers in public health initiatives. Soc Sci Med. 2014; 104: 80-7.

80. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell J, Alcaraz M, Hurtado-Murillo F. Participación de mujeres inmigrantes latinoamericanas en un programa de salud sexual y reproductiva en España. Enfermería Comunitaria (rev. digital). 2016; 12(1). Disponible en http://www.index-fcom/comunitaria/v12n1/ec10465.php

81. Balcazar H, Perez-Lizaur A B, Escalante E, Villanueva M A. Community Health Workers-Promotores De Salud in Mexico: History and Potential for Building Effective Community Actions. J Ambulatory Care Manage. 2016; Vol. 39, No. 1, pp. 12–22. Available: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26650742/

82. García-Sempere A, Artells J. J. Organización, funcionamientoy expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. Encuesta a informadores clave. Gac Sanit. 2005; 19(2): 120-126.

83. Vega M T, Pereira M A. Sentido de comunidad y bienestar en usuarios de asociaciones sociales de salud. Global Journal of Community Psychology Practice. 2012; 3(4): 1-5.

84. Chiu L. Engaging communities in health intervention research/practice. Critical Public Health. 2008;18:151–9.

85. Asweto CO, Alzain M A, Andrea S, Wang, W. Integration of community health workers into health systems in developing countries: opportunities and challenges. Family Medicine and Community Health. 2016; 4(1): 37-45. DOI: 10.15212/FMCH.2016.0102

86. Kok M C. Ormel H, Broerse JE W et al. Optimising the benefits of community health workers unique position between communities and the health sector: A comparative analysis of factors shaping relationships in four countries. Global Public Health. 2017; 12:11, 1404-1432. DOI:10.1080/17441692.2016.1174722

Anexos

Anexo 1

ISSN: 1699-5988

INSTRUMENTOS

Redise¶ando la formaci· n-acci· n de agentes de salud de base comunitaria

Pilar *López Sánchez*,[1,3] Joan J. *Paredes-Carbonell*,[1-3] Manuela *Alcaraz Quevedo*,[1,2] Lina MÛ*Ramírez Delgado*,[4] Meriem *El Bokhari Zoukani*[4]
[1]Centre de Salut P½blica de Val¯ncia, Direcci· General de Salut P½blica, Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, Val¯ncia, Espa¶a. [2]Ćrea de De-sigualdades del Centro Superior de Investigaci· n en Salud P½blica - CSISP, Val¯ncia, Espa¶a. [3]Facultat d'Infermeria i Podologia, Universitat de Val¯ncia, Val¯ncia, Espa¶a. [4]Asociaci· n ACOEC - Programa MIHSALUD, Val¯ncia, Espa¶a

Correspondencia: Pilar L· pez S§nchez. Centro de Salud P½blica de Valencia. C/ Avenida de Catalu¶a 21, 46020 Valencia, Espa¶a

Manuscrito recibido el 23.10.2012
Manuscrito aceptado el 28.12.2012

Index de Enfermer²a [Index Enferm] **2013; 22(3): 166-170**

C· mo citar este documento

L· pez-S§nchez, Pilar; Paredes-Carbonell, Joan J.; Alcaraz Quevedo, Manuela; Ram²rez Delgado, Lina MÛ El Bokhari Zoukani, Meriem. Redise¶ando la formaci· n-acci· n de agentes de salud de base comunitaria. Index de Enfermer²a [Index Enferm] (edici· n digital) 2013; 22(3). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n3/9100.php> Consultado el 17 de Febrero de 2014

Resumen

Justificaci· n: El dise¶o de este curso se encuentra dentro del programa MIHSALUD de alta difusi· n y movilizaci· n social en entornos urbanos para empoderar a la comunidad, dirigido a poblaci· n en situaci· n de vulnerabilidad, de la ciudad de Valencia, dando respuesta a las necesidades de salud detectadas. Objetivo: Describir el dise¶o de formaci· n-acci· n de agentes de salud de base comunitaria como herramienta de promoci· n de la salud y los resultados obtenidos en sus cuatro ediciones 2009/2012. M®todos: Se realiza el dise¶o del primer curso con metodolog²a participativa y alternando m· dulos de formaci· n te· rica y pr§ctica (FORMACIč N) con transferencia de la pr§ctica recibida al §mbito asociativo y comunitario (ACCIč N), incorpor§ndose nuevas actualizaciones. Resultados: Dise¶o del curso, contacto con 33 asociaciones, capacitaci· n de 65 agentes de salud. Realizaci· n de 8 mapas comunitarios, 98 puntos informativos, 430 conversaciones y 177 talleres en los que participan 1913 personas. Conclusiones: La estrategia de formaci· n-acci· n se muestra v§lida para trabajar la salud de la

Abstract (Redesigning a training-action agents of community-based health)

Justification: The design of this course within the program MIHSALUD is high dissemination and social mobilization in urban environments to empower the community, targeting vulnerable population Valencia's city, responding to the health needs identified. Objective: Describe the design-action training health workers as a tool for community-based health promotion after four editions 2009/2012. Methods: Are designing the first course with alternating modules participatory methodology and theoretical and practical training (TRAINING) with transfer of the "practice" received the association and community level (ACTION), incorporating new updates. Results: Course design, contact with 33 associations, and training of 65 health workers. Making Community 8 maps, 98 information's points, 430 talks and 177 workshops involving 1,913 people. Conclusions: The training strategy-action is shown valid for health work in the community.
Key-words: Health promotion/ Training/ Peer education/ Community participation/ Community revitalization.

comunidad.
Palabras clave: Promoci· n de la salud/ Formaci· n/ Educaci· n entre iguales/ Participaci· n comunitaria/ Dinamizaci· n comunitaria.

Introducci· n

Desde hace unos a¶os, Valencia acoge a un creciente n¼mero de personas inmigrantes que acuden a la ciudad con el fin de establecerse.[1] En Valencia, el porcentaje de esta poblaci· n en 2011 era de un 13,9% (sobre un total de 800.469 habitantes) y principalmente, un 43,4%, proced²a de Am®rica Latina.[2] Salud P½blica significa "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".[3] Desde esta perspectiva se desarrolla el programa MIHSALUD (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud), que lleva a cabo el Centro de Salud P½blica (CSPV) de Valencia en colaboraci· n con la Asociaci· n ACOEC (Asociaci· n de Cooperaci· n con Ecuador) y 8 centros de de atenci· n primaria (CAP), 3 Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) de dos departamentos sanitarios de esta ciudad. MIHSALUD es un programa de movilizaci· n social y alta difusi· n (outreach) para promover la salud en poblaciones vulnerables de entornos urbanos.

Desde su puesta en marcha en 2007, MIHSALUD pretende abordar los principales problemas detectados en un estudio de necesidades: embarazos no deseados, desconocimiento de recursos sanitarios b§sicos y c· mo acceder a ®stos; desigualdades de g®nero en relaci· n a la salud; escaso abordaje de los temas de salud y acceso a los servicios por las asociaciones de poblaci· n inmigrante de la ciudad de Valencia. Se eligi· la promoci· n de la salud sexual y reproductiva en la comunidad latinoamericana como tema prioritario para la acci· n, a trav®s del empoderamiento4 de esta poblaci· n e incorporando la perspectiva de g®nero[5] y la mediaci· n intercultural.[6]

MIHSALUD ha desarrollado varias herramientas que se han mostrado eficaces para avanzar en el empoderamiento individual y comunitario:[7] aproximaci· n a las asociaciones de poblaci· n inmigrante; activaci· n de puntos informativos y contacto con l²deres en el territorio; realizaci· n de foros, conversaciones y talleres. Una de las actuaciones que m§s repercusi· n ha tenido ha sido la formaci· n-acci· n de agentes de salud de base comunitaria (ASBC). Se considera que agente de salud es toda persona que, por sus caracter²sticas de liderazgo y por las redes sociales que sustenta, puede ser agente de cambio para promover la salud en su comunidad. El objetivo de este art²culo es describir el dise¶o de las cuatro ediciones del "Curso de agentes de salud de base comunitaria" (2009-2012) del programa MIHSALUD, enumerar las mejoras incorporadas tras cada edici· n y mostrar resultados de participaci· n comunitaria.

M®todo

El dise¶o del curso se ha basado en la estrategia de la educaci· n entre iguales,[8,9] el aprendizaje significativo[10] y en una metodolog²a de formaci· n vinculada a la acci· n propia de MIHSALUD y de otras intervenciones similares.[11,12] La primera edici· n se dise¶· por un grupo de 12 personas pertenecientes a salud p½blica, tercer sector, universidad e instituciones relacionadas con la inmigraci· n. Las ediciones restantes fueron re-dise¶adas por el equipo MIHSALUD, formado por 2 t®cnicos de promoci· n de salud y 2 mediadoras interculturales, en colaboraci· n con el grupo de seguimiento del programa constituido por personal de enfermer²a y trabajo social de los 8 CAP colaboradores y un sex· logo del CSSR. Se han seguido las siguientes etapas:

1. Identificaci· n de necesidades. Para detectar las necesidades de la poblaci· n y plantear los objetivos del curso se han utilizado los resultados del an§lisis previo, fundamentalmente datos cuantitativos: datos sociodemogr§ficos, tasa de Interrupci· n Voluntaria de Embarazo (IVE), de utilizaci· n de los CSSR, motivos de alta hospitalaria e informaci· n cualitativa obtenida a trav®s de Foros Comunitarios.[13]

2. Definici· n de objetivos. Se formula el objetivo general del curso: "capacitar a las personas participantes para que puedan actuar como educadoras para la salud entre sus iguales en el §mbito asociativo y comunitario". A partir del objetivo general y teniendo en cuenta los resultados de la etapa anterior, se formulan objetivos espec²ficos en relaci· n a: a) temas que se pretende abordar seg¼n necesidades, problemas y determinantes de la salud sexual y reproductiva; b) tareas a desarrollar por agentes de salud.

3. Perfil de personas destinatarias, difusi· n y visita a las asociaciones. Se define el perfil de las candidatas al curso: personas con capacidad de liderazgo y habilidades de comunicaci· n, preocupadas por los temas de salud y capaces de trasladar a otros iguales, informaci· n y mensajes; con la estabilidad necesaria para comprometerse en las actividades formativas; y vinculadas a una asociaci· n que apoye el proceso de capacitaci· n-acci· n. Se dise¶a un d²ptico del curso para su difusi· n, que se acompa¶a de una hoja de compromiso para la asociaci· n y otra de inscripci· n que deben rellenar los candidatos a ASBC.

Del censo de asociaciones facilitado por el Ayuntamiento, se seleccionan aquellas que tienen capacidad de movilizaci· n y base social amplia. La mediadora intercultural y un t®cnico de salud las visitan, se entrevistan con la persona responsable, presentan el programa y el curso. Se les invita a proponer dos personas, preferentemente una mujer y un hombre. Se transmite que la finalidad ¼ltima es que los agentes de salud, despu®s el curso, contin½en desarrollando su actividad en la propia asociaci· n y entorno.

4. Forma de acceso y acreditaci· n. Antes del inicio del curso se realiza una sesi· n de presentaci· n con las candidatas, se plantean los objetivos y contenidos y se dividen en varios grupos con el siguiente gui· n: *¿Cómo valoras la salud? ¿Y la salud sexual y reproductiva? ¿Y la igualdad entre hombres y mujeres? ¿Conoces el sistema sanitario? ¿Qué acciones y capacidades crees que debe tener un ASBC?* El objetivo es que reflexionen sobre el grado de adecuaci· n al perfil solicitado y las exigencias del proceso formativo. Las personas que siguen interesadas se inscriben y el equipo del programa acepta aquellas que re¼nen el perfil solicitado. El curso es gratuito y tanto el alumnado como las asociaciones, tras su realizaci· n, obtienen un diploma otorgado por la Consejer²a de Sanidad.

5. Metodolog²a del curso y contenidos. Siguiendo otras experiencias de educaci· n entre iguales,[14-17] los contenidos alternan m· dulos te· ricos, a trav®s de sesiones presenciales, con m· dulos pr§cticos, que consisten en acciones como

educadores entre iguales en el §mbito asociativo y comunitario.

En los m· dulos te· ricos se plantean sesiones participativas con din§micas grupales[18] basadas en la experiencia. Estas sesiones se combinan con talleres que el alumnado recibe pero siendo consciente que, posteriormente, durante el correspondiente modulo pr§ctico transferir§ los mismos talleres, adaptados a su contexto, al §mbito asociativo. El profesorado trata de generar experiencias de aprendizaje significativas y horizontales, adaptando el lenguaje t®cnico pero sin caer en la coloquialidad.

En los m· dulos te· ricos se incorporan tres tipos de competencias:

a. Sobre aspectos conceptuales y de contexto: salud y determinantes, promoci· n de la salud, educaci· n entre iguales, g®nero y situaci· n de la poblaci· n inmigrante y acciones de integraci· n en nuestro §mbito (conocimientos).

b. Instrumentales: papel del agente de salud, habilidades de comunicaci· n, de manejo de grupos y de planificaci· n (preparaci· n, ejecuci· n y evaluaci· n de las acciones) (habilidades).

c. Sobre aspectos relacionales: empat²a, respecto a las diferencias y escucha activa (actitudes).

Los contenidos se distribuyen por semanas alternando tres semanas de teo-r²a con un modulo de pr§cticas que dura dos semanas. Para los m· dulos pr§cticos, se elabora una Gu²a de Pr§cticas con indicaciones detalladas para preparar, desarrollar y evaluar las acciones.

6. Profesorado. Se selecciona en funci· n de los temas, experiencia y proximidad al programa: profesionales de los CAP y CSSR, as² como t®cnicos del CSPV y de la Direcci· n General de Salud P½blica. La tutorizaci· n de los m· dulos pr§cticos la realizan las mediadoras interculturales del programa.

7. Incentivos. El alumnado que finaliza la formaci· n recibe un diploma, as² como los participantes en los talleres que se realizan en las asociaciones. Este diploma tiene valor en el caso de personas inmigrantes sin papeles a efectos de obtener el certificado de arraigo por un acuerdo entre las Consejer²as de Sanidad y Justicia y Bienestar Social. Las asociaciones participantes obtienen una certificaci· n.

8. Evaluaci· n. Se contabilizan las acciones realizadas en los m· dulos pr§cticos. Dentro del curso y tras cada m· dulo, se dedica una sesi· n para la evaluaci· n de las pr§cticas y la planificaci· n de nuevas acciones. Al finalizar el curso y a trav®s de un cuestionario autocumplimentado, el alumnado valora: grado de satisfacci· n, cambios percibidos en conocimientos, actitudes, desarrollo de habilidades y capacitaci· n adquirida como agente de salud.

9. Instituci· n colaboradora, horario y lugar de realizaci· n. Se consigue la colaboraci· n de una entidad que realiza las gestiones de inscripci· n, log²stica de aulas y materiales y pago de profesorado. Se elabora anualmente la propuesta formativa y el presupuesto. El horario de clases es de dos jornadas semanales: viernes, de 16 a 20 horas, y s§bado, de 9.30 a 14 horas, este horario favorece la participaci· n dada la situaci· n laboral de los participantes.

Resultados

Identificación de necesidades y formulación de objetivos. En el dise¶o de la primera edici· n del curso (2009) se utilizan los indicadores del estudio de necesidades, la opini· n de expertos y la informaci· n obtenida en 8 Foros en los que participan una media de 18 personas, representantes de 12 asociaciones. En estos foros, tambi®n se elaboran los mensajes clave que se considera deben llegar a la poblaci· n diana.

Inicialmente los objetivos del curso se fijan en las siguientes §reas: interculturalidad, autocuidados, utilizaci· n adecuada de recursos y salud sexual y reproductiva. En la edici· n de 2010 se a¶aden objetivos respecto a la salud en el embarazo y salud infantil. En 2011 y 2012 se incorporan los referidos a igualdad entre hombres y mujeres y prevenci· n de la violencia de g®nero. Tambi®n se formulan objetivos operativos en relaci· n a las tareas a desarrollar como educadores entre iguales: elaborar mapa comunitario, activar puntos informativos, realizar un n½mero m²nimo de conversaciones informales y acciones grupales en formato taller.

Perfil de personas destinatarias, difusión, acceso y acreditación. El primer curso se dirige a "personas inmigrantes latinoamericanas" con un perfil de liderazgo; en las restantes ediciones se ampl²a a "poblaciones en situaciones de vulnerabilidad". La difusi· n se realiza a trav®s de los Foros, una fundaci· n especializada en inmigraci· n y las visitas personales a las asociaciones. En la ¼tima edici· n tambi®n ha colaborado el Ayuntamiento de Valencia. Un total de 33 asociaciones han remitido personas para su capacitaci· n como agentes de salud en las 4 ediciones del curso: 14 son de §mbito latinoamericano, 12 son asociaciones aut· ctonas, 2 de Ćfrica Subsahariana, 1 del Magreb y 3 entidades.

En cada edici· n se han admitido un m§ximo de 25 personas. Del total de las personas que iniciaron los 4 cursos, se producen 22 p®rdidas, 65 agentes son acreditadas mediante diploma, con una tasa de adhesi· n del 74,4%. De ®stas, 50 son mujeres (77%) y 15 hombres (23%). En cuanto a su origen: 44,7% latinoamericanos, 42,9% espa¶oles, 6,15% espa¶oles de etnia gitana, 3,25% del Magreb y un 3% de Ćfrica subsahariana.

Metodología docente, contenidos, profesorado e incentivos. A lo largo de las ediciones se ha ido incrementando la duraci· n de los m· dulos te· ricos y pr§cticos, quedando en 120 horas (80 te· ricas y 40 pr§cticas) en las dos ¼timas ediciones, y realiz§ndose de febrero a junio de cada a¶o. En todas las ediciones se ha cumplido con la planificaci· n prevista, la alternancia de m· dulos y la metodolog²a activa y participativa.

El profesorado ha sido seleccionado por su competencia profesional e intercultural y su experiencia docente. En la primera y segunda edici· n estuvo formado por una mediadora intercultural, un soci· logo; dos psic· logos (uno de ellos, sex· logo); tres enfermeras, dos pediatras y una trabajadora social de AP; una enfermera de promoci· n de la salud y cuatro m®dicos (t®cnicos) de promoci· n de salud. En la 3Û y 4Û edici· n, se ha incrementado a dos mediadoras interculturales para la tutorizaci· n de las pr§cticas, una matrona y una actriz de teatro para reforzar las competencias de habilidades de comunicaci· n a trav®s de la expresi· n dram§tica. Un total de 17 docentes han participado en el ¼ltimo curso.

En los m· dulos de pr§cticas, los agentes de salud realizan un mapa comunitario, activan tres puntos informativos (uno en su asociaci· n y dos en el territorio); realizan entre cinco y diez registros de conversaciones informales y ocho talleres. La incentivaci· n ha consistido en la acreditaci· n mediante diploma de todos los participantes.

Evaluación de la participación y movilización comunitaria. Durante el proceso de formaci· n-acci· n, 65 agentes, en colaboraci· n con las asociaciones, han sido capaces de movilizar a un total de 2685 personas, realizando 430 conversaciones informales y 177 talleres en los que han participado 1913 personas de las cuales alrededor de un 82% han sido mujeres y con una edad media de 30 a¶os.

Institución colaboradora, horario y lugar de realización. El horario se ha mantenido en las cuatro ediciones: la 1Ûy 2Û edici· n se realiz· en la Fundaci· n CEIMIGRA (Fundaci· n para el Estudio de las Migraciones) y la 3Ûy 4Ûen la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) de la Consejer²a de Sanidad. El primer y segundo curso se financia con fondos del CSP de Valencia y a partir de la 3Ûedici· n se incorpora como curso de la formaci· n propia de la EVES y se sustenta con fondos de esta instituci· n.

Discusi· n

El programa MIHSALUD, bas§ndose en la experiencia previa y en recomendaciones para la conseguir la participaci· n e implicaci· n de la comunidad,[19] ha desarrollado un dise¶o emergente y flexible de captaci· n, formaci· n y acci· n de educadores entre iguales procedentes de asociaciones de poblaci· n inmigrante de la ciudad de Valencia. MIHSALUD trata de situar a las asociaciones en el centro de las acciones para promover la salud en un entorno urbano, ya que ®stas aumentan la capacidad de movilizaci· n y penetraci· n del programa para alcanzar a aquella poblaci· n m§s vulnerable. A trav®s de los Foros comunitarios, se han implicado en el dise¶o de la formaci· n-acci· n, y el contacto generado a partir de las visitas en el territorio, ha facilitado su participaci· n directa en el curso, presentando a candidatos y ofreciendo sus instalaciones, recursos y base social para los periodos de pr§cticas.

Otro elemento innovador es la combinaci· n de teor²a y pr§ctica en el contexto formativo. Dentro del curso, aunque se est® aprendiendo, ya se act½a como educador entre iguales, generando cambios. Es la vinculaci· n entre el saber y el hacer, el "aprender haciendo" del aprendizaje significativo que resulta tan motivador. A pesar de tener un formato exigente en dedicaci· n horaria y esfuerzo, las personas que acceden al curso conti-n½an y apenas hay abandonos. Esto indica que la formaci· n es interesante y motivadora y da respuesta a las propias necesidades.

Los resultados favorables de este trabajo coinciden con los de otras experiencias de educaci· n entre iguales, bien sea desde los enfoques de la promoci· n de la salud[20] o en el marco de la atenci· n a la cronicidad de los programas del paciente experto.[21]

El papel de las profesionales de enfermer²a ha sido fundamental en la coordinaci· n del curso, en la docencia, en la evaluaci· n y planificaci· n de los periodos pr§cticos y su vinculaci· n a los contenidos te· ricos, as² como en el seguimiento de la tutorizaci· n por parte de las mediadoras interculturales. El curso es un espacio de desarrollo de competencias en salud comunitaria que las enfermeras pueden ejercer bien desde Salud P½blica como desde Atenci· n Primaria.[22]

Las principales limitaciones que se constatan son: la debilidad de la mayor²a de las asociaciones para mantener su estructura y funcionamiento y que habitualmente consideran secundarios los temas de salud; la falta de apoyo de estas asociaciones en el trabajo de los agentes de salud durante el curso y sobre todo para darle continuidad; y finalmente que la estrategia docente de alternar formaci· n y acci· n, requiere un esfuerzo de coordinaci· n y sobre todo de tutorizaci· n de los periodos pr§cticos, que tiene un menor reconocimiento y remuneraci· n. Otra dificultad que se ha ido subsanando es el posicionamiento del docente en el contexto de la educaci· n entre iguales. El profesorado que interviene en este tipo de acciones formativas tiene que ser competente para transmitir contenidos te· ricos y pr§cticos de una manera rigurosa pero a la vez sencilla, que permita su transferencia al §mbito comunitario por los educadores entre iguales. La coordinaci· n de un grupo docente tan amplio ha supuesto un gran esfuerzo para el buen funcionamiento y evoluci· n de la formaci· n.

Es necesario avanzar en la evaluaci· n del impacto de cada curso en el grupo de agentes de salud, las asociaciones y en las personas que se implican en las conversaciones y talleres. Del mismo modo ser²a interesante plantear formatos de formaci· n-acci· n m§s cortos y adaptados a la poblaci· n juvenil aprovechando la buena acogida que el alumnado m§s joven ha tenido en su entorno.

Uno de los puntos clave es c· mo aumentar la implicaci· n de las asociaciones y c· mo conseguir que la administraci· n gratifique su esfuerzo para que incorporen los temas de salud, acceso y utilizaci· n de los servicios sanitarios a su agenda. En este sentido, ser²a importante que desde el programa se impulsara la continuidad de las actividades de los agentes de salud una vez finalizado el curso con alg½n tipo de incentivo a nivel individual y con el reconocimiento a las asociaciones que los apoyen.

Esta experiencia de c· mo dise¶ar y re-dise¶ar un proceso de formaci· n-acci· n sostenido durante cuatro a¶os, puede ser ½til para todas aquellas personas, profesionales o miembros de la comunidad, que deseen incorporar la estrategia de educaci· n entre iguales a sus planes, programas o proyectos, implicando al tejido asociativo y a profesionales de Salud P½blica y Atenci· n Primaria.

Agradecimientos

A todas las personas que han hecho posible estos cuatro procesos de formaci· n-acci· n, especialmente las y los agentes de salud del programa MIHSALUD. Su trabajo desinteresado expresa que el empoderamiento individual y comunitario en temas de salud puede hacerse realidad en nuestras ciudades.

Bibliograf²a

1. Oficina T®cnica Plan Norte Sur. Plan Norte Sur 2009-2013. Valencia: Ayuntamiento de Valencia; 2010: 35.
2. Oficina Estad²stica del Ayuntamiento de Valencia. Recull estad²stic de la ciudad de Valencia 2011. Valencia: Ayuntamiento de Valencia; 2011: 16.

3. Presidencia de la Generalitat, Subsecretaria de Relaciones con las Cortes y Secretaria del Gobierno. Ley de Salud P½blica de la Comunidad Valenciana 4/2005. Valencia: Generalitat Valenciana; 2005: 10.
4. OMS. Promoci· n de la Salud Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998:16. Disponible en http:www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/glosario.pdf [acceso: 16/03/2012].
5. Velasco S. Recomendaciones para la pr§ctica del enfoque de g®nero en Programas de Salud. Madrid: Observatorio de Salud de la mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008: 13-4.
6. Gim®nez Romero C. La naturaleza de la mediaci· n intercultural. Revista de Migraciones 1997; 2: 125-59.
7. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz-Quevedo M, L· pez-S§nchez Pilar, Ram²rez-Delgado LM, El Bokhari-Zoukani M. MIHSALUD: una experiencia de dinamizaci· n comunitaria con poblaci· n inmigrante de la ciudad de Valencia. Revista Comunidad 2012; 14: 29-32.
8. Mazarrasa L, Bl§zquez MI, Mart²nez M, Castillo S, Ll§cer A. Promoci· n de la salud en poblaci· n inmigrante: participaci· n comunitaria y educaci· n entre iguales. En: La Prevenci· n de la infecci· n del VIH-Sida en la poblaci· n inmigrante. Madrid: Secretar²a del Plan Nacional de Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006: 79-81.
9. Garc²a-Lalinde G, Guti®rrez-Herranz E, Morante-Saboya L. Bola de nieve. Gu²a para la formaci· n de usuarios/as de drogas como agentes de salud. Madrid: GID y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004, pp. 200. Disponible en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/BoladeNieve.pdf [Acceso: 28/09/2012].
10. Ausubel DP. Significado y aprendizaje significativo. Psicolog²a Educativa. Un punto de vista cognoscitivo. M®xico: Trillas; 1976. Disponible en http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1J3D72LMF-1TF42P4-PWD/aprendizaje%20significativo.pdf [Acceso: 28/09/2012].
11. Turner G, Shepherd J. A method in search of a theory: peer education and health promotion. Health Education Research 1999; 14: 235-47.
12. Rhodes T. HIV outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. Health Education Journal 1994; 53: 92-9.
13. Pineault R, Daveluy C. La planificaci· n sanitaria: conceptos, m®todos y estrategias. Barcelona: Masson; 1990: 185-6.
14. Almenara JM, Araujo R, Paredes-Carbonell JJ, Saur² V. Mediadores de salud en un programa de mantenimiento con metadona. Rev Esp Sanid Penit. 1999; 1: 73-9.
15. Paredes-Carbonell JJ (coord). Formaci· n de mediadores en salud en el medio penitenciario. Alicante: Centro Penitenciario de Alicante Cumplimiento; 1999 (documento interno).
16. Paredes-Carbonell JJ, Avi¶· D, Santos C. Curso de formaci· n-acci· n de agentes de salud en comunidad gitana. Valencia: Centro de Salud P½blica de Alzira - CIPS de Valencia - Fundaci· n Secretariado Gitano; 2006 (documento interno).
17. Menoyo Monasterio C. Estrategias de prevenci· n de VIH/sida y otras ITS en poblaci· n inmigrante. En: La Prevenci· n de la infecci· n del VIH-Sida en la poblaci· n inmigrante. Madrid: Secretar²a del Plan Nacional de Sida Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006: 79-81.
18. Youth Peer Education Toolkit. Standards for Peer Education Programmes. United Nations Population Fund; 2005. Disponible: http://www.fhi360.org/en/Youth/YouthNet/Publications/peeredtoolkit/Standards.htm [Acceso: 28/09/2012].
19. NICE. Community engagement to improve heatlh. NICE public health guidance 9. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008.
20. C§rdenas L, Arana B, Monroy A, Garcia L. Cuidado profesional de enfermer²a. M®xico: Federaci· n Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermer²a (FEMAFE); 2009: 96-102.
21. Gonz§lez A, Fabrellas N, Agramunt M, Rodr²guez E, Grifell E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Catal¨ de la Salut. Revista de Innovaci· n Sanitaria y Atenci· n Integrada 2008; 1: 1-3.
22. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermer²a Familiar y Comunitaria. Bolet²n Oficial del Estado, 29-6-2010; 157: 57217-57250.

DEJA TU COMENTARIO VER 0 COMENTARIOS Normas y uso de comentarios

FUNDACION INDEX Apartado de correos nÜ734 18080 Granada, Espa¶a - Tel/fax: +34-958-293304

Anexo 2

ORIGINAL BREVE

Recibido: 8 de marzo de 2018
Aceptado: 19 de abril de 2018
Publicado: 24 de septiembre de 2018

CAMBIOS ATRIBUIDOS A UN PROGRAMA BASADO EN LA FORMACIÓN-ACCIÓN DE AGENTES DE SALUD ¿QUÉ DICEN LAS ASOCIACIONES? (*)

Pilar López-Sánchez (1,2), Joan J. Paredes-Carbonell (2,3,4),Viola Cassetti (5), Cristina Grau Camarena (6), Lilian Castro-Rojas (6), Mario Crisanto-Pantoja (6)

(1) Centro de Salud P¼blica de Valencia. Direcci· n General de Salud P¼blica. Conselleria de Sanidad Universal y Salud P¼blica. Valencia. Espa¶a.

(2) Universitat de Val¯ncia. Departamento de Enfermer²a. Valencia. Espa¶a.

(3) Centro de Salud P¼blica de Alzira. Conselleria de Sanidad Universal y Salud P¼blica. Valencia. Espa¶a.

(4) Fundaci· n FISABIO de la Comunitat Valenciana. Valencia. Espa¶a.

(5) University of Sheffield. Sheffield. Reino Unido.

(6) Asociaci· n ACOEC. Programa MIHSALUD. Valencia. Espa¶a.

(*) Financiaci· n: este estudio forma parte del proyecto de investigaci· n que recibi· el premio ñJoan Baptista Pesetò del Ayuntamiento de Valencia otorgado por el Instituto M®dico Valenciano en 2016.

Los autores declaran no tener ning¼n conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: Las intervenciones dirigidas a mejorar la salud deben tener en cuenta las desigualdades de la poblaci· n y orientarse a la poblaci· n m§s necesitada. El programa mihsalud (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud) promueve la salud en poblaciones en situaci· n de vulnerabilidad implicando al §mbito asociativo. El objetivo del estudio fue describir los cambios atribuidos al programa mihsalud y al proceso de formaci· n-acci· n de agentes de salud de base comunitaria (ASBC) por parte de las asociaciones a las que pertenecen.

Método: Estudio descriptivo cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a representantes de asociaciones participantes que formaron ASBC durante 2012 en Valencia. Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas con representantes de asociaciones que formaron ASBC tras 4 a¶os de la formaci· n. Las entrevistas se transcribieron verbatim y se analizaron con el programa para an§lisis cualitativo ñNvivo (an§lisis tem§tico)ò: Las transcripciones se codificaron l²nea por l²nea con perspectiva inductiva.

Resultados: Se agruparon en tres categor²as principales: 1) Reconocimiento del rol del ASBC: Las asociaciones reconocieron el rol del ASBC entre sus iguales y la importancia de la formaci· n recibida; 2) Cambios percibidos: Las asociaciones reconocieron tener una visi· n m§s amplia sobre la salud, identificaron el rol del ASBC que se coordina con los profesionales sanitarios de su zona de salud y el trabajo en red con otras asociaciones que antes desconoc²an; 3) Dificultades y oportunidades: La falta de apoyo para la continuidad de los proyectos vinculados con ASBC por la precariedad de las asociaciones peque¶as; y la coordinaci· n con los servicios, el reconocimiento a nivel local y el fomento de la participaci· n e interculturalidad a trav®s de ASBC y sus iguales.

Conclusiones: Las asociaciones reconocen que el programa y ASBC han hecho posible la colaboraci· n con recursos sanitarios, han promocionado la salud entre sus iguales y han fomentado el trabajo en red.

Palabras clave: Asociaciones, Agentes de salud comunitarios, Participaci· n, Salud Comunitaria, Red Social, Poblaci· n Vulnerable.

ABSTRACT

Changes attributed to a program based on the action-training of health agents. What do the associations say?

Background: Interventions aimed at improving health must take into account the health inequalities and the target the population in need. The mihsalud program (Women, Children and Men creating health) promotes health in vulnerable populations through engaging and collaborating with the local third sector. The objective of the study was to describe the changes attributed to the mihsalud programme and the process of action-training of community-based health volunteers (ASBC in Spanish) as perceived by the local organizations where they work or volunteer.

Methods: Qualitative descriptive study through semi-structured interviews with representatives of organizations that trained ASBC during 2012 in Valencia. Twelve semi-structured interviews were conducted with representatives of organizations which had trained some of their volunteers to become ASBC during the 2012 action-training session. The interviews were transcribed verbatim and analysed with the programme for qualitative analysis Nvivo. Themathic analysis was performed: transcripts were coded line by line from an inductive perspective.

Results: Three main categories were identified: 1) The role of the ASBC: The associations recognise the role of the ASBC among their peers and the importance of the training received in the program; 2) Perceived changes: The associations recognize having a broader vision of health, identify the role of the figure ASBC that coordinates with health professionals in their health area and networking with other associations that were previously unknown; 3) Challenges and opportunities: Lack of support for the continuity of projects with ASBC due to the precariousness of small organisations and coordination with services, recognition at the local level and promotion of participation and interculturality through ASBC and their peers.

Conclusions: The organizations recognize that the program and ASBC have made collaboration with health sector possible, have promoted health among their peers and have encouraged networking with other organizations and areas.

Key words: Associations, Community Health Workers, Participation, Community Health, Social Network, Vulnerable Population.

Correspondencia:
Pilar L· pez S§nchez
Centro de Salud P¼blica de Valencia
C/ Democracia (antes Castan Tobe¶as), 77
46018, Valencia. Espa¶a
lopez_pilsan@gva.es

Cita sugerida: L· pez-S§nchez P, Paredes-Carbonell JJ, Cassetti V, Grau Camarena C, Castro-Rojas L, Crisanto-Pantoja M. Cambios atribuidos a un programa basado en la formaci· n-acci· n de agentes de salud àQu® dicen las asociaciones?. Rev Esp Salud P¼blica.2018;92:24 de septiembre e201809054.

INTRODUCCIč N

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud P¼blica de la Comunitat Valenciana contempla en el IV Plan de Salud[1] el abordaje de la reducci· n de desigualdades en salud en personas en situaci· n de vulnerabilidad, asumiendo los objetivos de la estrategia de equidad en salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS)[2]. Entendiendo la equidad en salud como la ausencia de diferencias en salud, injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, econ· mica, demogr§fica o geogr§ficamente[3].

Las intervenciones dirigidas a mejorar la salud deben tener en cuenta las desigualdades entre los distintos grupos sociales y dirigir intervenciones a la poblaci· n que m§s lo necesita. A menudo, las intervenciones no tienen en cuenta esta perspectiva y ello hace que los grupos socioecon· micos m§s privilegiados se beneficien m§s de ellas. Para ello las acciones deben considerar los determinantes sociales de las desigualdades en salud y por lo tanto las intervenciones han de ser multisectoriales[4].

En las grandes ciudades existen un gran n¼mero de personas en situaci· n de vulnerabilidad (como poblaci· n aut· ctona, inmigrante y de etnia gitana) y asociaciones o entidades que se dedican a la atenci· n de estos colectivos. Las alianzas y colaboraciones entre estas asociaciones con los servicios de salud a trav®s de programas conjuntos, suponen una oportunidad para ñalcanzarò a esta poblaci· n y promover la salud (PS) y el acceso adecuado a los servicios, promoviendo as² condiciones que generan equidad en salud[5].

El Centro de Salud P¼blica de Val¯ncia (CSPV), impuls· en 2007 el programa mihsalud[6] (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud) en coordinaci· n y colaboraci· n con los servicios sanitarios y la red de atenci· n primaria de salud, en dos §reas de salud de la ciudad de Val¯ncia (departamentos Hospital Dr. Peset y Hospital Cl²nic-Malvarrosa), la asociaci· n ACOEC, el Ayuntamiento y el tejido asociativo de la ciudad, con el fin de promocionar la salud en poblaciones en situaci· n de vulnerabilidad en el entorno urbano de la ciudad de Valencia.

Mihsalud se basa en el enfoque de determinantes sociales de la salud y pretende ñempoderarò a las personas para que desarrollen sus capacidades para cuidar de su propia salud y controlar estos determinantes[7]. As² pues, en mihsalud el principal recurso para generar salud son las propias personas y la dinamizaci· n de los activos de su entorno[8,9]. En 2016 el programa mihsalud fue reconocido como modelo de buena pr§ctica por el MSCBS y en 2018 ha sido reconocido como modelo de buena pr§ctica en la Comunitat Valenciana.

Uno de los ejes del programa es la acci· n comunitaria a trav®s del trabajo en red con asociaciones[10] y la formaci· n-acci· n de agentes de salud de base comunitaria (ASBC). Cada a¶o el programa oferta un curso de 120 horas, impartido en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, que capacita a l²deres comunitarios vinculados a estas asociaciones para promover la salud entre sus iguales junto con profesionales de los centros de salud.

Desde la puesta en marcha del programa se han realizado diversos estudios para evaluarlo de manera global[11,12] o para valorar determinados componentes como el dise¶o de la formaci· n-acci· n de agentes de salud[13], las conversaciones informales[14], la mediaci· n intercultural[15], el impacto socioecon· mico[12], los foros comunitarios[16] o la calidad[17]. Aun as², no se hab²a planteado una valoraci· n de los cambios producidos por el programa desde el punto de vista de las asociaciones colaboradoras y de los agentes de salud vinculados a las mismas y con una perspectiva temporal.

El objetivo de este estudio fue describir los cambios atribuidos al programa mihsalud y al proceso de formaci· n-acci· n de agentes de salud de base comunitaria por parte de las asociaciones a las que pertenecen durante el per²odo de 2012-2016.

SUJETOS Y M£TODOS

15 asociaciones contaron con ASBC formados en 2012, pudiendo contactar con representantes de 15 asociaciones en 2016, de las cuales participaron en este estudio 12 asociaciones.

Dise¶o. Estudio cualitativo[18,19] realizado en la ciudad de Valencia mediante entrevistas semiestructuradas individuales a representantes de las asociaciones, transcurridos 4 a¶os de haber remitido a alg¼n candidato/a al curso de formaci· n-acci· n de ASBC.

Participantes y Contexto. En el programa mihsalud se realizaron 8 ediciones del curso de formaci· n-acci· n de ASBC y para este estudio se decidi· tomar como referencia al alumnado y asociaciones que participaron en la 4Ûedici· n del curso celebrada en 2012 para poder valorar los cambios percibidos en un periodo de tiempo de 4 a¶os.

Para la entrevista con representantes de las asociaciones colaboradoras el equipo de investigaci· n estuvo compuesto por una enfermera y dos m®dicos de promoci· n de salud del CSPV, dos enfermeras especialistas en enfermer²a familiar y comunitaria, dos ASBC y una antrop· loga especialista en salud p½blica (Anexo 1).

Durante los meses de septiembre a diciembre de 2016 se contact· telef· nicamente con los representantes de las 15 asociaciones que participaron en el curso de 2012, se les explic· el motivo y se acord· d²a y hora, seg¼n su disponibilidad, para realizar las entrevistas. Se llevaron a cabo un total de 12 entrevistas en locales de las propias asociaciones. Tres asociaciones no participaron en el estudio por no continuar al frente de las mismas las personas que eran responsables de ellas en 2012. Las entrevistas fueron grabadas, con una duraci· n de entre 30 y 60 minutos.

Se entrevist· a 9 mujeres y 3 hombres de cuatro tipos distintos de asociaci· n seg¼n la poblaci· n con la que trabajaban (tabla 1). La edad aproximada de estos/as representantes de asociaciones fue entre 40-65 a¶os.

Aspectos ®ticos. Las entrevistas fueron realizadas por 2 miembros del equipo investigador. Antes de comenzar se obtuvo el consentimiento informado por escrito firmado y oral. Se garantiz· la confidencialidad, anonimato y almacenamiento de la informaci· n. Dadas las caracter²sticas del estudio y la normativa vigente en el per²odo de su ejecuci· n, no se requiri· aprobaci· n del comit® ®tico de la Fundaci· n FISABIO.

An§lisis de la informaci· n. Las entrevistas se transcribieron palabra por palabra (verbatim) y se analizaron con el programa para an§lisis cualitativo Nvivo. Las transcripciones se codificaron l²nea por l²nea desde una perspectiva inductiva. Los miembros del equipo investigador analizaron y compararon los c· digos entre ellos para ir identificando temas y categor²as. Se realiz· un an§lisis tem§tico[20]

Tabla 1
Tipo de asociaciones entrevistadas por sexo y cargo de sus representantes

Tipo Asociación	Representante Hombre	Representante Mujer	Cargo
Intercultural	1	7	2 Presidenta 3 T®cnica/o 3 Coordinadora/o
Pacientes	1	1	1 Presidenta 1 T®cnico
Poblaci· n gitana	1	-	1 T®cnica
Juvenil	-	1	1 Coordinadora

que se enfoc· en explorar los cambios percibidos por las asociaciones, para responder a los objetivos del estudio.

RESULTADOS

Se identificaron tres categor²as que reflejan los cambios percibidos por los representantes de las asociaciones: 1) Estos reconocen el rol del agente de salud y la importancia de la formaci· n recibida en el programa mihsalud; 2) Los cambios atribuidos al programa, tanto a nivel interno de cada asociaci· n como a nivel de las relaciones con otras organizaciones; 3) Las dificultades encontradas y las oportunidades en relaci· n con el programa.

En las tablas 2 y 3, se presentan los cambios percibidos por las asociaciones, aspectos de mejora y recomendaciones.

Las personas entrevistadas reconocieron que el programa brindaba formaci· n y ñcapacitabaò en cuestiones de salud tanto a ASBC como a la propia asociaci· n. La formaci· n de ASBC contribuy· a la toma de conciencia de su propia salud y de la importancia del autocuidado en ellos mismos y en su entorno, en definitiva, les empoder· como personas y como educadores entre iguales. Tambi®n reconocieron que el programa permit²a capacitar a l²deres comunitarios como ASBC, favoreciendo que fueran las personas referentes (empatizaban y ten²an autoridad) que promov²an la salud entre sus iguales en el espacio asociativo y facilitaban el acercamiento, la horizontalidad y el acceso a los recursos sanitarios y locales de manera adecuada. Adem§s, el programa les permiti· incorporar la salud de manera transversal y estructurada en sus actividades e incluir nuevas acciones de promoci· n de salud.

Las personas entrevistadas valoraron tambi®n los cambios con respeto a las relaciones con otras entidades, ya que, por un lado conocer nuevas asociaciones foment· la interculturalidad, y por otro lado, les permiti· un reconocimiento por parte de los servicios de salud, y la posibilidad de trabajar de manera conjunta con ellos. Finalmente, valoraron el

Tabla 2
Cambios identificados por representantes de asociaciones y categorías de análisis del estudio

Cambios y categorías de análisis	Fragmento del discurso
Reconocimiento de los ASBC y su rol en la asociación por sus capacidades y sus compromisos, así como por el papel que desempeña por la organización	*"…esa es la clave para nosotros el éxito de la figura del agente socio sanitaria…"* [P8, mujer].
	"…los ASBC que están formados son los que tienen un plus de autoridad de sensibilidad y de promoción…" [P3, mujer].
Se conoce el rol del ASBC como educador entre iguales en salud	*"…vas a llegar más rápido a la gente y vas a poder empatizar, va a haber una horizontalidad así que va a haber un acercamiento entre iguales. Sí que hacía falta hablar de todo esto se generan simetrías…"* [P6, mujer]
	"…es importante ver que compañeros tuyos presenten talleres, hablen de temas que interesan. Eso lo ven, de aquellos que se han formados… luego sí que quieren seguir formándose, les motivan y se retroalimentan entre ellos..." [P3, mujer] (Se reconoce la influencia que ejerce un ASBC entre sus iguales porque puede motivar a otras personas pr· ximas, a seguir form§ndose como ASBC)
Reconocen que el programa mihsalud brinda formación, tanto a los ASBC como a la propia asociación	*"…resaltan la influencia de los foros 2º martes salud: "Poder estar en constante actualización en temas de interés" [P2, mujer], "Esta formación favorece el empoderamiento de los propios agentes…"*
	"…hemos visto que cuando formamos a personas y las empoderamos eso repercute en su entorno y nos parece muy positivo..." [P3, mujer].

Tabla 3
Cambios percibidos en las asociaciones en relación al programa mihsalud

Cambios		Fragmento del discurso
Incorporar la salud en los programas, tanto en forma de incrementar las actividades de promoción de la salud		*"…empezar a trabajar con el programa mihsalud nos supuso estructurar el trabajo de promoción de la salud que también veníamos haciendo en el centro…"* [P3, mujer].
		"…en nuestro caso en la entidad ya estaban por lo tanto no es que se incorporaran sino que el plus de tener más agentes de salud implica un plus en mayores actividades…" [P5, hombre].
Nuevas propuestas de actividades relacionadas a la salud que antes no se hacían	*"…a través de la formación que recibieron empezaron a incorporar recursos sanitarios dentro de la asociación. Eso fue bastante interesante porque nosotros trabajamos con personas en exclusión social sobre todo con personas en situación irregular que muchas veces, no sabían cómo podían acceder a la sanidad pública y al sistema sanitario. Y los agentes de salud sirvieron como de nexo entre el recurso y la persona que iba ahí un poco perdida..."* [P10 mujer].		
	Cambios internos	*"…nos hemos dado cuenta que el tema de salud, es un tema muy amplio que tampoco se puede reducir al tema burocrático, sino va más allá que tiene que ver con el tema de cuidados, tiene que ver con el tema de la educación sexual, la prevención …"* [P6, mujer]
	Cambios externos, importancia y valoración del trabajo en red y la relación con otros profesionales a favorecer el encuentro y la participación	*"…una de las cosas que valoramos de este proyecto es el contacto entre asociaciones y el trabajo en red, el poder fomentar el asociacionismo y el conocimiento entre diferentes actores, eso creo que es muy importante…"* [P10].
	Reconocimiento por parte de las instituciones y trabajo más colaborativo	*"…pues si tenemos relación con el Centro de Salud Sexual y Reproductiva, nos brindan información y atienden a nuestros [usuarios] así se relacionan y sabrán usar en el futuro el servicio. Este tipo de lazo ya está consolidado. También tenemos vinculación con servicios sociales como también con otros recursos del centro de salud como salud mental, la trabajadora social, tenemos coordinación estrecha con ellos y con pediatría…"* [P3, mujer].
		"…nos ha gustado participar porque cada vez tienes más conexiones por ejemplo con el centro de salud que nos corresponde como asociación antes no hacíamos nada y ahora tenemos relación con las enfermeras, con los médicos…" [P4, mujer]
	Frustración por la falta de continuidad y seguimiento	*"…las asociaciones pequeñas se quejan porque carecen de estructura para mantenerse, muchas veces pedimos subvenciones y no nos la dan porque dicen que falta experiencia y experiencia tenemos!! si no nos han aceptado ningún proyecto, luego no tenemos experiencia para ellos…"* [P1, mujer]
		"…es un proyecto que está bien, pero la participación y la continuidad de los agentes de salud viene dada por si tienen o no trabajo que creo sería una de las dificultades del mismo programa…" [P7, mujer]

reconocimiento que obtuvieron por parte de profesionales sanitarios y entidades locales, y el trabajo red para promover la salud en la ciudad, as² como se¶alaron la utilidad de los foros comunitarios ñSegundos martes saludò para estar actualizados y promover el empoderamiento.

En cuanto a las dificultades, resaltaron la falta de apoyo a las asociaciones peque¶as para mantenerse, y la dificultad que supone la continuidad de proyectos financiados por un tiempo determinado, as² como la participaci· n irregular del tejido asociativo, por la falta de continuidad del voluntariado, y propusieron que se financiasen proyectos que valorasen la figura de ASBC y se mantuviesen en el tiempo. Para algunas asociaciones la participaci· n en el programa supuso el reconocimiento a su labor por parte de las instituciones.

DISCUSIč N

Las personas representantes de asociaciones entrevistadas valoran la formaci· n que las y los ASBC han recibido del programa, reconocen el papel y las tareas desarrolladas por estos agentes en la mejora de la salud desde el entorno asociativo y en la conexi· n de las entidades con otros servicios y recursos comunitarios. Por otra parte, relatan que las actividades que realizan tienen que ver con una visi· n m§s amplia de la salud seg¼n el modelo de los determinantes sociales de la salud[21], pese a que antes de su participaci· n en mihsalud, no lo consideraban as².

9 de las 12 representantes de asociaciones entrevistadas son mujeres, evidenciando el liderazgo de las mismas en el §mbito asociativo, caracterizado por el voluntariado o el altruismo[22,23]. La formaci· n-acci· n de ASBC ha contado desde su dise¶o con la participaci· n mayoritaria de las mujeres[24], lo que ha favorecido su implicaci· n en la promoci· n de la salud en el §mbito asociativo.

Los cambios identificados en cuanto al rol de ASBC son coincidentes con los resultados en otro proyecto basado en la formaci· n de ASBC en contextos de vulnerabilidad[25] a nivel de barrio, reconociendo el rol que ejercen como promotores de salud entre iguales y favoreciendo el acceso al sistema sanitario de poblaciones alejadas y necesitadas de atenci· n. Otros estudios realizados sobre asociaciones de pacientes[26], reconocen este rol pero desde la perspectiva de la enfermedad y, por otro lado, nuestros resultados concuerdan con estudios sobre asociaciones sociales[27] en donde las y los ASBC favorecen la integraci· n en estas poblaciones, al desarrollar el sentido de pertenencia y su integraci· n en la comunidad.

Coincidiendo con el estudio y desde la perspectiva de g®nero, las asociaciones de mujeres inmigrantes[28] son motores de integraci· n y son el puente entre estas y la sociedad receptora, al ofrecer apoyo emocional, instrumental y material, pero adem§s, en las asociaciones del programa mihsalud, la promoci· n de la salud basada en ASBC se convierte en una herramienta que permite acceder al sistema sanitario, participar trav®s de la educaci· n entre iguales y tejer redes para disminuir las barreras y disminuir la vulnerabilidad social[29].

En nuestro estudio no se aprecian relaciones interesadas de instituciones locales con asociaciones de inmigrantes[30] que tienen la finalidad primaria de mantener su cultura, y en ocasiones cuando se relacionan con las autoridades buscan sus propios intereses, estableciendo relaciones de clientelismo. En el programa mihsalud se genera una relaci· n de confianza con las asociaciones y los objetivos son consensuados por ambas partes poniendo en evidencia que se necesitan pol²ticas planificadas[17,29] para evitar este tipo de relaciones. El principal reto de futuro es vincular el programa mihsalud con las direcciones de atenci· n primaria de salud y Ayuntamiento de Valencia.

Las limitaciones, del estudio se deben a que este se realiz· durante una intervenci· n comunitaria y no es un dise¶o de investigaci· n separado de ella; no se pudo recoger la opini· n de la totalidad de las asociaciones y puede

haber un sesgo de complacencia con el programa por parte de los representantes de las asociaciones. Otra limitaci· n es la propia representatividad de las personas entrevistadas (s· lo una por asociaci· n), si hubiera al menos dos entrevistadas por asociaci· n o un grupo de discusi· n con diferentes representantes hubiera podido obtenerse mas informaci· n.

Las recomendaciones formuladas por los representantes de las asociaciones fueron: presentar los resultados de este estudio a las personas implicadas, aumentar la participaci· n de profesionales en el programa (sobre todo para implementar el modelo en asociaciones de pacientes), y realizar nuevas investigaciones con profesionales sanitarios y del ayuntamiento para conocer su opini· n.

Como conclusiones del estudio podemos destacar que los representantes de las asociaciones tienen una opini· n positiva sobre el programa y la formaci· n recibida por las personas ASBC, reconocen que el programa y ASBC facilitan la colaboraci· n de las entidades con recursos sanitarios y comunitarios, que han promocionado la salud entre sus iguales y han fomentado el trabajo en red.

AGRADECIMIENTOS

A todas las asociaciones y, especialmente, a ACOEC; a las personas ASBC, a las y los profesionales sanitarios y a las direcciones de Atenci· n Primaria, especialmente a la direcci· n del Centro de Salud P¼blica de Valencia, porque sin su compromiso no hubiera sido posible realizar esta investigaci· n.

BIBLIOGRAFĉA

1. Generalitat Valenciana. Cuarto plan de salud de la Comunidad Valenciana (2016-2020). Conselleria de Sanitat Universal i Salut P¼blica 2016Available from: URL: http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf

2. Comision para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en Espa¶a: Avanzando hacia la equidad: propuesta de politicas y de intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en Espa¶a. Madrid: Ministerio de Sanidad y Politica Social; 2010.

3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of Health. Geneva:.WHO. Comission on Social Determinantes of Health; 2007.

4. Borrell C, Artazcoz L. Las polĉticas para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria. 2008;22(5):465-73.

5. D²ez E, Avi¶· D, Paredes-Carbonell JJ, et al. Una buena inversi· n: la promoci· n de la salud en las ciudades y en los barrios. Gaceta Sanitaria. 2016;30(Supplement 1):74-80.

6. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, L· pez P, et al. MIHSALUD. Una experiencia de dinamizaci· n comunitaria con poblaci· n inmigrante de la ciudad de Valencia. Comunidad. 2012;14:29-32.

7. Ottawa charter for health promotion. Canadian Journal Of Public Health. 1986;77(6):425-30.

8. Cofi¶o R, Avi¶o D, Bel®n Bened®C, et al. Promoci· n de la salud basada en activos: àc· mo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gaceta Sanitaria. 2016;30(Supplement 1):93-8.

9. S§nchez Casado L, Paredes-Carbonell JJ, L· pez S§nchez P, Morgan A. Mapa de activos para la salud y la convivencia: propuestas de acci· n desde la intersectorialidad. Index de Enfremer²a. 2017; 26 (3):180-184.

10. Castro-Rojas L, Crisanto-Pantoja M, Mart²n-Garcia A, et al. Salud en nuestra agenda: gu²a para impulsar acciones comunitarias en salud desde las asociaciones. Val¯ncia: Generalitat Valenciana 2016.

11. C¨tedra de Recerca Qualitativa. CIEGS.Proyecto EVALIPS: Evaluaci· n de una Intervenci· n Participativa en Salud - Evaluaci· n del programa mihsalud 2007-2013. Valencia: Centro de Salud P¼blica de Valencia; 2013.

12. Alcaraz Quevedo M. Evaluaci· n socio-econ· mica del Servicio de Mediaci· n Intercultural en un programa de promoci· n de salud y participaci· n ciudadana: programa mihsalud, en la ciudad de Valencia Universidad Politecnica de Valencia. Departamento de Econom²a y Ciencias Sociales; 2015.

13. L· pez-S§nchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz Quevedo M, et al. Redise¶ando la formaci· n-acci· n de agentes de salud de base comunitaria. Index de Enfermer²a 201322(3):166-170. Available from: URL: http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200011.

14. Alcaraz Quevedo M, Paredes-Carbonell JJ, L· pez-S§nchez P, et al. Conversaciones informales en un programa de salud comunitaria: evaluaci· n del proceso. Index de Enfermer²a 2013;22(4):199-203. Available from: URL: http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300002.

15. Alcaraz Quevedo M, Paredes-Carbonell JJ, Sancho Mestre C, et al. Atenci· n a mujeres inmigrantes en un programa de mediaci· n intercultural en salud. Revista Espa¶ola de Salud P¼blica 2014;88:301-310. Available from: URL: http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000200012.

16. L· pez-S§nchez P, Paredes-Carbonell JJ, Grau Camarena C, et al. Foro comunitario 2Ümartes salud, una herramienta de promoci· n de salud comunitaria. RIdEC. Revista de la Asociaci· n de Enfermer²a Comunitaria 2017;10[1]:17-22.

17. Cerd§-G· mez R, Paredes-Carbonell JJ, L· pez-S§nchez P. Aplicabilidad y percepci· n de utilidad del European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP) en un programa de promoci· n de la salud. Gaceta Sanitaria 2017;32(2):135-142. Available from: URL: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.007

18. Mason J. Qualitative Researching. 2 ed. London: SAGE Publications; 2002.

19. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ 2000;320(7227):114-6.

20. Ritchie J. Lewis J. Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers. 1st ed. J. Ritchie & J. Lewis eds. London, Thousand Oaks, New Delhi, SAGE Publications Ltd;2003.

21. Organizaci· n Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generaci· n. Informe Final. Comisi· n sobre los determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS;2008. Available from: URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.

22. Esteban ML. Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En: Congreso Internacional Sare 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo; 2004. p. 63-84.

23. South J, et al. Rewarding altruism: Addressing the issue of payments for volunteers in public health initiatives. Social Sciencie Medicine. 2014; 104: 80-7.

24. L· pez-S§nchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz-Quevedo M, et al. Participaci· n de mujeres inmigrantes latinoamericanas en un programa de salud sexual y reproductiva en Espa¶a. Enfermer²a Comunitaria (rev digital) 2016 [cited 2017 Mar 28];12(1)Available from: URL: http://www.index-f.com/comunitaria/v12n1/ec10465r.php.

25. Avi¶· D, Paredes-Carbonell JJ, Peir· -P®rez R, et al. Projecte RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervenci· n en salud en un barrio en situaci· n de vulnerabilidad. Atenci· n Primaria. 2014;46(10):531-40.

26. Garc²a-Sempere A, Artells J. J. Organizaci· n, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. Encuesta a informadores clave. Gaceta Sanitaria. 2005;19(2): 120-126.

27. Vega M. T, Pereira M. A. Sentido de comunidad y bienestar en usuarios de asociaciones sociales de salud. Global Journal of Community Psychology Practice.2012; 3(4): 1-5.

28. Mena M., Pla M, Masip M. An§lisis de redes de mujeres inmigradas en Catalu¶a: papel de las asociaciones en el mantenimiento de su salud. Psico. 2007;38(2):117-24

29. Mazarrasa L, Bl§quez M, Mart²nez M, et al. Promoci· n de la salud en poblaci· n inmigrante: participaci· n comunitaria y educaci· n entre iguales. En: La prevenci· n de la infecci· n del VIH/sida en poblaci· n inmigrante. Madrid: Secretar²a del Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 73-83. [Consultado el 25/06/2018]. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/prevencionVIH_SIDAPoblacionInmigrante06.pdf.

30. Aparicio R, Tornos A. Las asociaciones de inmigrantes en Espa¶a. Una visi· n de conjunto. Madrid: Subdirecci· n General de Informaci· n Administrativa y Publicaciones. Ministerio de Trabajo e Inmigraci· n; 2010. p. 129. [Consultado el 25/06/2018]. Disponible en: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/Las_asociaciones_de_inmigrantes_en_Espana_Una_vision_de_conjunto.pdf.

Anexo 1: Guion de preguntas para las entrevistas a representantes de asociaciones

Asociación:
Persona contacto en la Asociaci· n:
Cargo dentro en la Asociaci· n:
Nacionalidad: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Preguntas:
1. Dentro de la asociaci· n explica qu®ha supuesto la formaci· n de un agente de salud de base comunitaria.
2. Tras la formaci· n de los agentes de salud de base comunitaria àcontin¼an colaborando o siguen vinculados con la asociaci· n? àDe qu®manera?
3. àC· mo valoras la figura del agente de salud de base comunitaria y su trabajo como educador/a entre iguales?
4. De 2012 a la fecha àQu®cambios hab®s percibido dentro de la asociaci· n?
5. àSe han introducido en la programaci· n anual de la asociaci· n actividades de promoci· n de la salud? àCu§les?
6. àPodr²as contar si en tu asociaci· n hubo inter®s de otras personas para formarse como ASBC, a ra²z de las actividades realizadas por el o la agente de salud?
7. àHab®s desarrollado alg¼n proyecto de promoci· n de la salud? Expl²calo.
8. àQu®tipo de relaci· n ha establecido la asociaci· n con los recursos sanitarios y otras asociaciones?
9. àCu§les crees que han sido las aportaciones principales despu®s de participar con el proyecto mihsalud?

Fuente: Elaboraci· n Propia

Anexo 3

Gac Sanit. 2019;xxx(xx):xxx–xxx

Original article

Associations and community health workers: analysis and time trends over ten years of training-action

M. Pilar López-Sánchez[a,*], Francisco Javier Roig Sena[b], María Isabel Sánchez Cánovas[c], Enrique J. Vera-Remartínez[d], Lilian Castro-Rojas[e], Viola Cassetti[f,g], Joan J. Paredes-Carbonell[h,i]

[a] Public Health Centre of Valencia, General Directorate of Public Health, Council of Universal Healthcare and Public Health, Regional Government of Valencia, Valencia, Spain
[b] General Directorate of Public Health, Council of Universal Healthcare and Public Health, Regional Government of Valencia, Valencia, Spain
[c] Águilas Sur Health Centre, Águilas (Murcia), Spain
[d] Castellón I Prison, Castellón, Spain
[e] ACOEC Association – MIHSALUD Program, Valencia, Spain
[f] University of Sheffield, ScHARR, Sheffield, United Kingdom
[g] PACAP, Regional Government of Valencia, Spain
[h] Public Health Centre of Alzira, Council of Universal Healthcare and Public Health, Regional Government of Valencia, Alzira (Valencia), Spain
[i] FISABIO Foundation, Valencia, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 30 April 2019
Accepted 23 July 2019
Available online xxx

Keywords:
Community health workers
Non-governmental organizations
Culture
Community participation
Health promotion
Health education

ABSTRACT

Objective: To analyse the profile of the persons and associations that participated in the course, quantify peer education activities and analyse their evolution.
Method: A quantitative study using an analysis of the course records from 2009 to 2018 was designed for this purpose inside mihsalud program designed to promote health amongst persons in vulnerable situations in the city of Valencia (Spain). It offers a yearly training-action course of community health workers (CHW) that is attended by persons who have been proposed by associations. The associations were defined according to their population (immigrant, local or intercultural) and the CHWs according to gender, country of birth, year of course, association and continuity after training. Means and confidence intervals were calculated at 95% and a bivariate analysis was conducted in order to compare the activities that took place in 2009 to 2013 with those of 2014 to 2018. The time trends were analysed by applying linear regression models that included the different years studied as the dependent variable.
Results: 201 CHW of 31 nationalities were trained, 81.6% (95% confidence interval [95% CI]: 75.5-86.7] were women. Eighty-two associations participated, 51.2% (95% CI: 39.9-62.4] worked with culturally diverse populations. Participation by associations ($p = .017$) and CHWs ($p = .377$) increased in a statistically significant manner over the years. After the course, 35.3% (95% CI: 28.7-42.4] of the CHWs continued to collaborate voluntarily in the associations.
Conclusions: The results of the CHW training-action course improve over time given that a significant increase in participation by associations and women can be seen, along with a greater number of activities completed during the training. One effect of this is that CHWs are contracted or carry out voluntary activities in the associations.
© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Asociaciones y agentes de salud de base comunitaria: análisis y tendencias temporales durante diez años de formación-acción

Palabras clave:
Agentes de salud de base comunitaria
Organizaciones no gubernamentales
Cultura
Participación comunitaria
Promoción de la salud
Educación sanitaria

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil de las personas y asociaciones que participaron en los cursos, cuantificar las actividades de educación entre iguales y analizar su evolución.
Método: Se diseñó un estudio cuantitativo utilizando un análisis de los registros del curso de 2009 a 2018, dentro del programa mihsalud diseñado para promover la salud entre las personas en situación de vulnerabilidad en la ciudad de Valencia (España). Anualmente se ofrece un curso de formación-acción para agentes de salud de base comunitaria (ASBC), al que asisten personas propuestas por asociaciones. Las asociaciones se definieron según su población (inmigrantes, locales o interculturales) y los ASBC según el género, el país de nacimiento, el año de curso, la asociación y la continuidad después de la capacitación. Las medias y los intervalos de confianza se calcularon al 95% y se realizó un análisis bivariado para comparar las actividades que tuvieron lugar en 2009 a 2013 con las de 2014 a 2018. Las tendencias temporales se analizaron aplicando modelos de regresión lineal que incluyeron el estudio de diferentes años como la variable dependiente.

* Autor para correspondencia.
E-mail address: lopez_pilsan@gva.es (M.P. López-Sánchez).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.008
0213-9111/© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Resultados: 201 ASBC de 31 nacionalidades fueron entrenados, 81.6% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 75,5 a 86,7) eran mujeres. Participaron 82 asociaciones, el 51,2% (IC 95%: 39,9 a 62,4) trabajaron con poblaciones culturalmente diversas. La participación de asociaciones (p = 0,017) y ASBC (p = 0,377) aumentó de manera estadísticamente significativa a lo largo de los años. Después del curso, el 35,3% (IC 95%: 28,7 a 42,4] de los ASBC continuaron colaborando voluntariamente en las asociaciones.
Conclusiones: Los resultados del curso de formación-acción de ASBC mejoran con el tiempo dado que se puede observar un aumento significativo en la participación de asociaciones y mujeres, junto con un mayor número de actividades completadas durante la capacitación. Un efecto de esto es que los ASBC son contratados o realizan actividades voluntarias en las asociaciones y también están involucrados en proyectos de salud.
© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introduction

Mihsalud (*Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud* [Women, Children and Men Building Health])[1] is a public participation program promoted by the Public Health Centre of Valencia since 2007 in coordination and collaboration with healthcare services and the primary healthcare network, the Association of Cooperation Between Communities (ACOEC), the Town Hall and third sector organizations of the city. The aim of the program is to promote health amongst people living in contexts of higher vulnerability by mobilising the city's associations and local organizations. The program was recognised as a model of best practices by the Ministry of Health, Social Services and Equality in 2016 and by the Council of Universal Healthcare and Public Health of the Regional Government of Valencia in 2018.

One of the lines of action of Mihsalud focuses on health literacy[2] in the community, offering a yearly course of training-action of community health workers (CHW) to enable local leaders linked to associations to become involved in the program;[3] nurses play a role as educators and coordinators to enable the program to extend to the community. The underlying rationale of the course is the potential for change brought about by peer to peer health education,[4] based on the idea that if a person is concerned about his/her health, he/she will discuss this with peers, to seek support or advice, for whom the issues are also important. There is evidence to show that peer to peer based education programs have been effective in promoting health in a wide range of communities and environments[5,6] and also favour community participation, which in turn reduce health inequalities.[7]

The purpose of this study is to describe and analyze the profile of the persons that have participated in the CHW training-action courses and of the associations that they belong to, and also to quantify the peer to peer education activities carried out over ten courses and analyze their progress over time.

Method

A cross-sectional descriptive study that analyzes the memoranda of the ten CHW training-action courses imparted from 2009 to 2018 has been carried out. The scope of the study was to direct stakeholders of the associations of the city of Valencia and the persons they proposed for training as CHWs.

To select CHWs, associations that participated in the program were asked to suggest a specific student profile and the associations and propose one or two persons with leadership and communications skills and with an interest in promoting health to transmit information to their peers. The organisations also offer the support required for them to complete the practical part of the course by enabling them to carry out peer to peer education activities on their premises.

The theoretical modules of the course are designed as participatory sessions with group dynamics based on meaningful learning.[8] The sessions are combined with workshops that the students receive, through which they acquire the knowledge that they shall subsequently transfer in their own contexts when carrying out the practical module in their associations.

The training-action course lasts for 120 hours over 12 weeks: 80 theoretical and 40 practical, given in two sessions of 4 hours every week. The theoretical part is divided into three modules, and after each one there are 2 weeks to complete the practical part (Table 1).

The CHWs have to do the following in the practice periods: draw up a community map, create an information point, hold health conversations based on "motivational messages" and deliver peer to peer education workshops.[8] The teaching team is multidisciplinary and consists of 16 healthcare and non-healthcare professionals: 7 primary care professionals (nursing, paediatrics, midwifes, etc.), 5 public health professionals (medicine, nursing), 2 CHWs, 1 psychologist and 1 actress. The idea is that at the end of the course the persons trained as CHWs can act as health promoters and so enable associations to include health in their agendas as a participatory process and to become involved in community projects.[9]

Variables studied

A data base was prepared on a spreadsheet used to include the variables: gender, country of birth, year of training and association.

The type of population that the activities were designed for was taken into account and was divided accordingly, thus classifying the associations as: local, immigrant and intercultural community (if designed for communities with two or more cultures). To study the continuity and role of the CHW after training, follow-ups were conducted using telephone conversations, records of attendance at program community forums and visits by program technicians to the associations. The follow-ups enabled the role they had within each association to be identified: if they continued to be linked to them or not after the course and if they participated in community health projects. Finally, the peer to peer education activities conducted in the associations in the practice periods of the 10 training-action courses were collected.

Analysis of the data

A descriptive analysis of the sample was carried out in which the quantitative variables were described as averages with their corresponding 95% confidence intervals (95% CI). The qualitative variables were expressed as absolute and relative frequencies, likewise with their 95% CI. A bivariate analysis was also carried out using classical statistical methods, relating the means of the quantitative variables with the Student's t test to compare them in two different time periods: from 2009 to 2013 and from 2014 to

Table 1
Time distribution of the contents of the community health workers course.

Week	Type	Content	Hours
0		Call for applications	*
0		Final registration date	*
0		Presentation	2[a]
1	Classes	Health in an intercultural context	8
2	Classes	Access to resources	8
3	Classes	Communication skills, Being a health worker	8
4	Practical 1	Community map, Five recorded conversations, Activating an information point in an association, Workshop: Motivation to change, Workshop: Access to	12
5		healthcare resources	
6	Classes	Women's health	8
7	Classes	Children's health	8
8	Classes	Promotion of equality and prevention of gender violence	8
9	Practical 2	Workshop: Women's health	13
10		Workshop: Children's health	
11	Classes	Sexual and reproductive health	8
12	Classes	Fertility and contraception	8
13	Classes	Prevention of sexually transmitted diseases	8
14	Practical 3	Workshop: Sexual and reproductive health Workshop: prevention of gender violence Workshop: prevention of pregnancy and sexually	15
15		transmitted diseases	
16	Assessment	Assessment and closure	8

[a] The two hours of Presentation are not calculated as course time.
Source: adapted from López et al.[3]

2018. The time trends were analysed by applying linear regression models, using the different years studied as the dependent variable. The confidence levels for the proportions were determined using a macro designed for SPSS called ICIP v. 2001 designed by Doménech.[10] An alpha level of under 0.05 of statistical significance was adopted in all cases. The IBM SPSS Statisticsv.20 program was used for the statistical analysis of the variables.

Ethical considerations

The study was submitted to the Ethical Committee of the Foundation for Biomedical and Healthcare Research of the Regional Government of Valencia, which considered that "given the characteristics of the study and the regulations in force at the time of its preparation, no approval is required" by said committee.

Results

201 CHWs were trained in the last 10 years of the period under study. Most of them were women, 164, or 81.6% (95% CI: 75.5-86.7) against 37 men, or 18.4% (95% CI: 13.3-24.5). The number of trained CHWs showed an upward trend over the years (Fig. 1), more notable amongst women than men, although there is no statistical significance by gender (p = 0.377). The number of women increased from 12 in the first course to 16 in the most recent one.

The trained CHWs came from 31 countries (Fig. 2), although 71, or 35%, were from Spain (95% CI: 28.7-42.4) and 6, or 3%, Spanish of the Roma ethnic group (95% CI: 1.1-6.4]. 26, or 12.9% (95% CI: 8.6-18.4) were from Bolivia and 12, or 9.5% (95% CI: 5.8-14.4) from Colombia.

82 associations or organisations were involved in the 10 courses. 42 of them, or 51.2% (95% CI: 39.9-62.4) worked with culturally diverse communities; 24, or 29.3% (95% CI: 19.7-40.4) worked with immigrant populations; 15, or 18.3% (95% CI: 10.6-28.4) with the local population; and 1.2% (95% CI: 0.3-6.6) was a foundation that worked with the Roma community. The trend in the number of associations involved over time shows an increase and is statistically significant (p = 0,017), as can be seen in (Fig. 3).There are associations interested in sending several participants but only a maximum of two people per association are allowed every year.

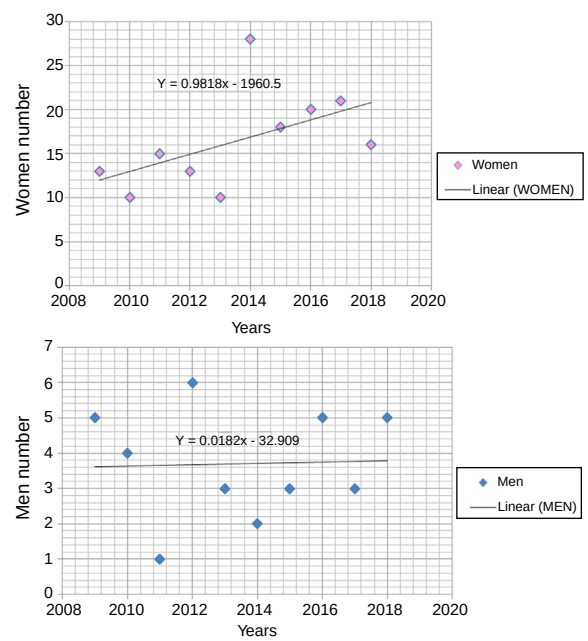


Figure 1. Linear trend of number of men and women per years of training-action course.

The situation regarding 102 CHWs, or 50.7% (95% CI: 43.6-57.9) and whether they stayed on at the associations after the course is unknown. This lack of knowledge gives a downward trend over time that is clearly significant (p < 0.0001). As for the CHWs that continued to be linked to the associations, 71 carried on participating on a voluntary basis, which figures as 35.3% (95% CI: 28.7-42.4) and presents an upward and clearly significant trend throughout time (p < 0.0001). On the other hand, 18 CHWs, or 9.0% (95% CI: 5.4-13.8), continued to be linked to the associations under contracts and also showed an upward and significant trend throughout time (p < 0.007); and finally, 10, or 5.0%, were technicians of the associations (95% CI: 2.4-9.0) who continued as such after the course.

The total number of persons who were receiving training as CHWs carried out activities in which 7383 persons from the asso-

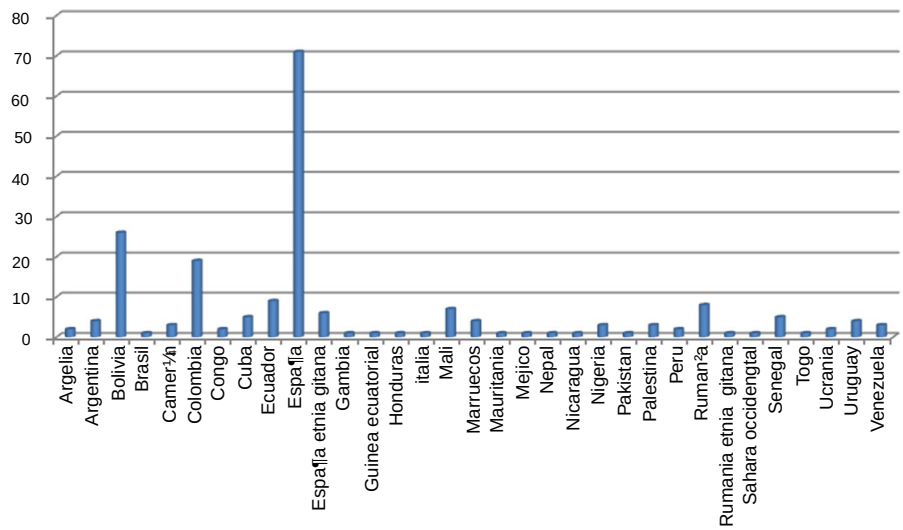


Figure 2. List of trained community health workers according to their country of origin.

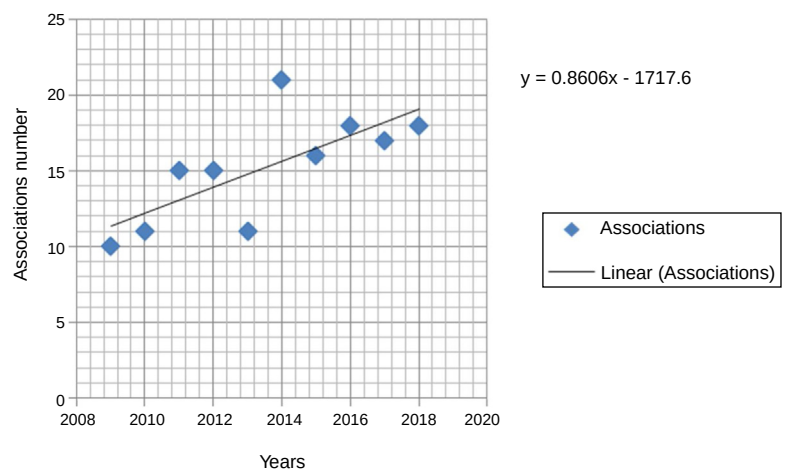


Figure 3. Linear trend in the number of participating associations per years of course.

ciative network of Valencia directly participated, which means that each CHW interacted with an average of 37.6 persons via said activities (peer to peer interactions).

Table 2 shows the averages of the persons trained and the number of peer to peer education activities carried out during the practical sessions of the training-action course, divided into two time periods (2009-2013 and 2014-2018) and the calculation of the difference between the averages.

Statistically significant differences were found in the averages of persons trained, maps prepared and persons contacted via conversations, with a larger number of these variables being identified in the second period of the courses (2014-2018). Likewise, larger averages in the number of workshops and their participants and in the total average of participants were found in the second period, although no significant differences could be seen.

Discussion

The profile of the person trained as a CHW in the Mihsalud program is that of a woman, of 35 years of age, born in Spain, Bolivia or Colombia; who accesses the training-action course proposed by an intercultural association.

The content of the training-action and peer to peer education activities of the Mihsalud follows the model of "bridging roles" according to the classification of South et al.[5] The main role of the persons trained as CHWs in this case is to act as a bridge between associations (and their communities) and the health services, especially when their peers are experiencing a situation of inequality due to a lack of information about access to and functioning of services and programs. The results obtained about the predominance of women trained as community health workers and the activities conducted are similar to those presented by Ramos-Martín et al., [11] although the community used as a basis for the study are residents of a clearly defined district and do not come from an associative context, at the same time, the effects in terms of improved health and a transformed reality are evident.[12]

The diversity of countries of origin and cultures has made it possible to generate spaces for intercultural mediation and encounters in each course, leading to positive experiences in terms of coexistence and joint work on health.[13–15] Likewise, the program's model of participation meant an opportunity to share facilitating tools for participation amongst associations.[16,17]

The profile of the association that takes on CHWs after the course is that of an intercultural entity that integrates peer to peer education as a voluntary or remunerated activity. Participation by both associations and women increased throughout the courses. This may be due to the direct involvement of representatives of associations in the design of the Mihsalud program, which has take shape

Table 2
Evolution of the peer to peer education activities carried out in the practical sessions of the community health worker training course.

	Means (10 years) Mean (95% CI)	Period 2009-2013 Mean (95% CI)	Period 2014-2018 Mean (95% CI)	Difference of means Mean (95% CI)	p
Persons trained	20.1 (16.6-23.6)	16.2 (13.8-18.6)	24.0 (19.4-28.6)	7.8 (3.5-12.1)	0.003
Maps[a]	14.6 (12.1-17.1)	11.6 (9.5-13.7)	17.6 (15.7-19.5)	6.0 (3.7-8.3)	< 0.001
Information points[b]	19.4 (13.6-25.2)	21.6 (7.3-35.9)	17.2 (16.2-18.2)	−4.4 (−18.7-9.9)	0.443
Persons contacted[c]	159.2 (109.0-209.4)	102.0 (41.4-162.7)	216.4 (188.5-244.3)	114.4 (59.0-169.8)	0.001
Workshops[d]	58.5 (41.1-75.9)	51.4 (23.8-79.0)	65.6 (32.4-98.8)	14.2 (−21.6-50.0)	0.388
Participants in workshops	539.6 (424.1-655.2)	472.6 (466.0-9464.8)	606.6 (364.5-848.7)	134.0 (−90.7-358.7)	0.206
Total participants	738.3 (597.1-879.5)	612.4 (530.2-694.6)	864.4 (604.6-1123.8)	251.8 (−3.6-507.2)	0.052
Peer to peer interactions[e]	37.6 (31.8-43.4)	38.2 (32.8-43.6)	37.0 (22.8-51.2)	−1.2 (−13.8-11.4)	0.831

[a] Maps are prepared of the territory where the association is located that delineate the local health resources and assets and significant meeting spaces for communities in vulnerable situations.
[b] Information points in the association and in other significant locations are established using posters and information leaflets about the program and access to health services in the area.
[c] Informal conversations are held in significant spaces or information points through which messages about health and access to health services and programs are transmitted.
[d] Two hour long sessions are held in which learning experiences about content about health and access to services, sexual and reproductive health, children's health, gender equality and prevention of gender violence are generated using group dynamics and participatory techniques.
[e] Quotient between the total number of persons in the associative and community sectors with whom the CHWs have directly interacted via conversations and workshops and the number of CHWs trained in each course.

over the years and is known and positively valued by associations[9] and by the people trained in them, such as CHWs, as much as other similar interventions;[18] and the fact that the course design has seen improvements in terms of content and methodology after the assessments conducted at the end of each year. Likewise, the number of associations that take on persons trained as CHWs in health projects has increased, which could suggest that the course provides the needed skills and knowledge which are currently missing from within the third sector. Some organisations have also maintained links with CHWs in the form of volunteering activities[19] while others have made use of the course to enable its professionals to acquire skills as CHWs to promote community health projects. Such results highlight the importance of associations to promote health in especially vulnerable collectives as proposed by Asweto et al.[6] because of their potential for reaching out to groups of persons and for their inclusion in the health system via such training-action courses; and as stated in the study by Chiu[20] in which ethnic minorities are included in cancer prevention programs. Both studies use the same strategy of the Mihsalud program, peer to peer education,[3,4] to bring about the involvement of associations in setting up projects in conjunction and in coordination with the health services. Such an alliance for co-production[21,22] between associations and public health services is aligned with the recommendations of the NICE guide to encourage community participation in health and reduce inequalities.[7]

The total of the activities in the practical periods of the course show the enormous potential for replication provided by peer to peer education,[7] which converts the training-action period into part of an intervention geared towards the third sector, although the number and intensity of such activities after the course is unknown. The study has detected that many associations do not include community health workers after the training course, although data were missing regarding follow-ups with almost half of the trained CHWs. This lack of continuity was also detected in previous assessments and it is believed that the cause is a lack of resources and structure in most organisations. To respond to this situation, a guide designed for organisations such as the ones in this study was drawn up[9] to facilitate and reinforce greater involvement in the program[23,24] and lines of financing were created by the regional government (DGCV: 8285/02.05.2018), designed to prepare projects amongst communities in vulnerable situations.

The limitations of this study are as follows. The reasons why the CHWs are not linked to the associations after the course are unknown; there are collectives such as people of African origin who are poorly represented in the associative sphere and should therefore be encouraged to access these training-action courses, even when they are not part of formal associations; it would be necessary to introduce information on the 7383 people involved in the community by CHWs to evaluate the impact of the program on the community network and, finally, the specificity of the intervention in the context of the city of Valencia may make it difficult to transfer the programme for implementation into other contexts without a prior analysis of the local context, needs and stakeholders to involve.

Conclusions

The profile of the person trained as a CHW in the Mihsalud program is that of a woman, of 35 years of age, born in Spain, Bolivia or Colombia. The profile of the association that takes on CHWs after the course is that of an intercultural entity. The time trend showed an increase in participation by associations that send CHWs for training, in which women are the predominant gender, thus resulting in an increase in the health promotion activities.

After the course, 35.3% of the CHWs continued to collaborate voluntarily in the associations.

What is known about the topic?

Evaluation studies have been carried out on the Mihsalud program, which sets out to promote health in vulnerable populations and which has had satisfactory results. However, the training-action courses carried out, the number of agents, community health workers, the characteristics of the associations that trained them and that participate in the program with training and coordination of nursing staff are unknown factors.

What does this study add to the literature?

This study contributes by showing that coordination between nurses and associations and community health workers increases people's participation; it also contributes by providing greater knowledge about the profiles of agents and associations, and their subsequent interventions in the community.

Editor in charge

Carlos Álvarez-Dardet.

Transparency declaration

The corresponding author on behalf of the other authors guarantee the accuracy, transparency and honesty of the data and information contained in the study, that no relevant information has been omitted and that all discrepancies between authors have been adequately resolved and described.

Authorship contributions

All the authors substantially contributed to the concept and design, and the collection, analysis and interpretation of the data. They drew up the draft and critically reviewed the intellectual content. They then gave their approval for publication of the version.

This study was prepared as part of the Doctoral Program in Clinical and Community Nursing of the University of Valencia. The article forms part of the compendium of articles for the doctoral thesis by P. López Sánchez.

Funding

This study forms part of a research project that received the Joan Baptista Peset Award of the Town Hall of Valencia granted by the Instituto Médico Valenciano in 2016.

Conflicts of interests

None.

Acknowledgements

Our thanks to the Instituto Médico Valenciano, the town hall of Valencia, all the health associations and community health workers that contributed to the training-action courses, the Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), and to the teaching team of collaborating healthcare professionals. In particular, our thanks to the management of the Public Health Centre of Valencia, without their commitment this research article would not have been possible.

References

1. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, López P, et al. MIHSALUD. Una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. Comunidad. 2012;14:29–32.
2. Nutbeam D, Levin-Zamir D, Rowlands G. Health literacy and health promotion in context. Glob Health Promot. 2018;25:3–5.
3. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz Quevedo M, et al. Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. Index de Enfermería. 2013;22:166–70.
4. Boothroyd R, Fisher E. Peers for progress: promoting peer support for health around the world. Family Practice. 2010;27(Suppl 1):62–8.
5. South J, Mean A, Bagnall AM, et al. Dimensions of lay health worker programmes: results of a scoping study and production of a descriptive framework. Glob Health Promot. 2013;20:5–15.
6. Asweto CO, Alzain MA, Andrea S, et al. Integration of community health workers into health systems in developing countries: opportunities and challenges. Fam Med Community Health. 2016;4:37–45.
7. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ. Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2018:65 (Cited 2018 Debember 31.) Available at: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_%20Comunitaria.pdf.
8. Hernández-Díaz J, Paredes- Carbonell JJ, Marín Torrens R. Cómo diseñar talleres de salud en grupos comunitarios. Aten Primaria. 2014;46:40–7.
9. Castro-Rojas L, Crisanto-Pantoja M, Martín-Garcia A, et al. Health in our agenda. A guide to promote commnunity health actions through associations. Valencia: Generalitat Valenciana. 2016:90 .(Cited 2019 June 21) Available at: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V. 1426-2016.pdf.
10. Doménech JM. Fundamentos de diseño y estadística. UD 6. Estimación de parámetros: Intervalos de confianza y tamaño de las muestras. Barcelona: Signo; 2003. p. 71–3.
11. Ramos Martin C, Sastre Paz M, Álvarez Sánchez B, et al. Puesta en marcha del proyecto Agentes Comunitarios de Salud en el distrito de Villaverde de Madrid. Comunidad. 2018;20 (Cited 2018 December 30.) Available at: http://comunidadsemfyc.es/puesta-en-marcha-del-proyecto-agentes-comunitarios-de-salud-en-el-distrito-de-villaverde-de-madrid/.
12. Kim K, Choi JS, Choi E, et al. Effects of community-based health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populations: a systematic review. Am J Public Health. 2016;106:3–28.
13. Squires A, O'Brien MJ. Becoming a promotora: a transformative process for female community health workers. Hispanic J Behav Soc Sci. 2012;34:457–73.
14. Casas M, Collazos F, Qureshi A. Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Barcelona: Obra Social La Caixa; 2009. p. 8–423. Capítulo 2. Available at: https://multimedia.caixabank.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacio_intercultural_es.pdf.
15. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. Med Care Res Rev. 2000;57(1 Suppl):181–217.
16. Giménez C. Los municipios y la integración de los inmigrantes. Intervención Psicosocial. 1992;3:31–48.
17. Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Popular; 1999. p. 192.
18. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell J, Alcaraz M, et al. Participación de mujeres inmigrantes latinoamericanas en un programa de salud sexual y reproductiva en España. Enfermería Comunitaria. 2016;12.
19. Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, et al. Projecte RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. Aten Primaria. 2014;46:531–40.
20. Chiu L. Engaging communities in health intervention research/practice. Critical Public Health. 2008;18:151–9.
21. Plescia M, Groblewski M, Chavis L. A lay health advisor program to promote community capacity and change among change agents. Health Promot Pract. 2008;9:434–9.
22. Popay J. Community empowerment and health improvement: the English experience. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editors. Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer; 2010. p. 183–96.
23. López-Sánchez P, Alberich T, Aviñó D, et al. Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32(Supl 1):32–40.
24. Escartín P, López Ruiz V, Ruiz-Jiménez JL. La participación comunitaria en salud. Comunidad. 2015;17:16.

Anexo 4

REGLAMENT SOBRE DEPÒSIT, AVALUACIÓ I DEFENSA DE LA TESI DOCTORAL

PREÀMBUL

El Reial decret 99/2011, de 28 de gener, pel qual es regulen els ensenyaments oficials de doctorat, estableix un nou marc normatiu que desenvolupa les previsions relatives al tercer cicle d'estudis universitaris contingudes en la Llei orgànica 6/2001, de 21 de desembre, d'universitats, en la redacció donada per la Llei orgànica 4/2007, de 12 d'abril.

Aquest desenvolupament reglamentari han de ser completat amb el que realitzen les mateixes universitats, en exercici de la seua autonomia, a fi de regular certs aspectes dels estudis de doctorat que la normativa estatal deixa en mans de les universitats.

D'acord amb això, l'objectiu d'aquest reglament és desenvolupar, en l'àmbit propi de la Universitat de València i en exercici de la seua autonomia, la regulació del procés d'elaboració i lectura de la tesi doctoral amb què finalitzen els estudis de tercer cicle. En el seu disseny s'han volgut equilibrar, d'una banda, les necessàries garanties formals d'un procediment que ha de procurar la màxima qualitat de les tesis doctorals, amb la simplificació de determinats aspectes relatius als tràmits de depòsit i lectura, tal com aconsellava tant l'experiència acumulada com la comparació de les regulacions d'altres universitats.

En aquest sentit, i per donar compliment al que disposen el Reial decret 99/2011, de 28 de gener, pel qual es regulen els ensenyaments oficials de doctorat, i l'article 136 dels Estatuts de la Universitat de València, i en exercici de les competències de desenvolupament de la normativa bàsica en matèria d'estudis de doctorat, s'aprova aquest reglament sobre depòsit, avaluació i defensa de la tesi doctoral.

Article 1. Depòsit de la tesi doctoral

1. Finalitzada l'elaboració de la tesi doctoral, i després de l'informe favorable dels directors o les directores i del tutor o la tutora de tesi (si n'hi ha), el doctorand o la doctoranda ha de sol·licitar a la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat l'autorització per a depositar-la en un termini no superior a tres cursos acadèmics, comptador a partir de l'admissió al programa de doctorat, si la tesi és a temps complet, o de cinc anys, si la tesi és a temps parcial.

2. Si transcorreguts els anys corresponents, el doctorand o la doctoranda no ha presentat la sol·licitud de depòsit de la tesi, la persona interessada pot demanar a la comissió de coordinació acadèmica de programa de doctorat la pròrroga d'un any en el cas de dedicació completa, que es pot ampliar per un any més en casos excepcionals, o de dos anys en casos de dedicació a temps parcial, prorrogable excepcionalment per un any més.
A l'efecte d'aquest còmput no s'han de computar les baixes per malaltia, embaràs o qualsevol altra causa prevista per la normativa vigent.

3. El doctorand o la doctoranda pot demanar la baixa temporal en el programa per un període màxim d'un any, prorrogable per un altre any més. Aquesta sol·licitud s'ha d'adreçar a la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat.

4. La tesi doctoral ha d'incloure: introducció, metodologia, resultats, conclusions finals i referencies bibliogràfiques, adaptades en tot cas al camp científic de la tesi doctoral.

Així mateix, ha de complir els altres requisits formals que puga establir la Universitat de València.

5. En la portada de la tesi ha de figurar, almenys, la informació següent:

-Escut de la Universitat de València.

-Denominació dels estudis de doctorat cursats.

-Títol de la tesi.

-Nom i cognoms del doctorand o doctoranda.

-Nom i cognoms dels directors o les directores de tesi.

-Mes i any de la sol·licitud del depòsit.

6. La sol·licitud del depòsit ha d'anar acompanyada dels documents següents:

a) L'original o una còpia compulsada de l'informe favorable dels directors o les directores de la tesi doctoral, ratificada pel tutor o la tutora de la tesi, si n'hi ha.

b) Un exemplar de la tesi en format PDF.

c) Una relació de sis experts –amb suggeriment de tribunal titular i suplent per part del director o la directora de la tesi– que puguen formar part del tribunal encarregat de jutjar-la, en la qual s'ha de concretar l'experiència investigadora dels membres proposats. En tot cas, s'han de complir els requisits de l'article 3.1. Aquesta proposta ha de complir els requisits que estableix la legislació vigent sobre la igualtat de gènere.

d) El currículum del doctorand o la doctoranda, un resum de la tesi i el document d'activitats en format PDF o semblant.

e) Els documents complementaris que estableix aquesta normativa per a tesis presentades com a compendi de publicacions, tesis redactades en llengües diferents de les oficials de la Universitat de València, menció internacional de doctor, cotutela de tesi doctoral i tesis sotmeses a processos de protecció de dades.

f) Les autoritzacions, permisos, llicències o informes que siguen preceptius respectant, si escau, l'anonimat.

7. En el termini de deu dies, la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat corresponent ha d'autoritzar el depòsit provisional de la tesi i remetre-la als experts perquè l'avaluen, iniciant així els tràmits administratius oportuns. Si observa que la sol·licitud no posseeix els requisits o que falta documentació, requerirà el doctorand o la doctoranda perquè, en el termini de 10 dies, esmene la sol·licitud i aporte els documents escaients, amb indicació que, si no ho fa així, s'entendrà que desisteix de la seua petició, d'acord amb una resolució dictada a aquest efecte.

8. Els experts disposen d'un termini màxim de un mes per a emetre els informes de valoració. Els informes de valoració han de ser tramesos a la

persona interessada i al director o la directora de la tesi, i a la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat, i seran tinguts en compte en l'acte de la defensa.

9. En el termini de deu dies després de la recepció dels informes, i si almenys cinc són favorables a la defensa, la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat podrà autoritzar el depòsit definitiu de la tesi doctoral, en farà la inscripció i remetrà l'expedient a l'Escola de Doctorat. Si hi ha dos o més informes no favorables, es denegarà el depòsit de la tesi doctoral. En cas que algun expert o experta no responga en el termini fixat, aquest expert o experta serà substituït per un de nou, a proposta de la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat, perquè en set dies remeta l'informe de valoració.

10. L'exemplar autoritzat de la tesi ha de quedar depositat a la secretaria responsable de la gestió de l'expedient del doctorand o la doctoranda, per un període de 6 dies, comptador a partir de l'endemà de la publicació del depòsit en la web. Durant aquest període de depòsit, qualsevol doctor o doctora pot examinar la tesi i formular, per escrit, les consideracions que considere oportunes sobre el seu contingut a l'Escola de Doctorat.

Article 2. Autorització de la defensa de la tesi doctoral

1. L'Escola de Doctorat, en el termini màxim de deu dies, comptador a partir de la data de l'autorització definitiva del depòsit indicada en l'article 1.9 d'aquest reglament, i en vista de la documentació rebuda, ha de decidir si autoritza o no la defensa de la tesi. Si ho considera convenient, l'Escola de Doctorat pot sol·licitar-ne un informe a especialistes externs a la Universitat de València. En aquest cas, el termini màxim per resoldre serà d'un mes.

2. En el supòsit que no s'haja autoritzat la defensa de la tesi, l'Escola de Doctorat ha de comunicar aquest fet al doctorand o la doctoranda, als directors o les directores i a la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat. En la comunicació s'hauran d'indicar les raons de la decisió. En aquest cas, si el doctorand o la doctoranda vol tornar a depositar la tesi doctoral a la Universitat de València, n'haurà de sol·licitar prèviament l'autorització a la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat, d'acord amb el que estableix aquest reglament.

3. Si l'Escola de Doctorat autoritza la defensa de la tesi doctoral, n'ha de proposar, en el mateix acte, el tribunal: president o presidenta, secretari o secretària i vocal, així com els suplents respectius amb l'ordre de suplència. Tot seguit, l'Escola de Doctorat notificarà aquesta proposta al doctorand o la doctoranda, als directors o les directores de la tesi i al president o la presidenta de la comissió acadèmica del programa de doctorat.

4. L'Escola de Doctorat, si ho considera convenient, pot proposar com a membres del tribunal experts no inclosos en la proposta de la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat; en aquest cas, haurà de comunicar la designació a aquesta comissió, al director o la directora de la tesi doctoral i al doctorand o la doctoranda. Als nous experts se'ls farà arribar un exemplar de la tesi doctoral perquè en set dies remeten l'informe de valoració.

5. El nomenament del tribunal serà comunicat als seus membres, i als membres titulars se'ls remetrà un exemplar de la tesi junt amb els informes dels experts. Els membres del tribunal han d'acceptar la seua designació al rector o la rectora. Si en el termini de tres dies no es produeix la renúncia, s'entendrà acceptat aquest nomenament. En cas de renúncia, hauran de comunicar aquesta circumstància també a l'Escola de Doctorat perquè aquesta propose un suplent.

Article 3. Composició del tribunal

1. El tribunal està format per tres titulars (president o presidenta, secretari o secretària i vocal) i tres suplents, tots els quals amb el grau de doctor i una experiència investigadora acreditada.

A aquests efectes, si es tracta de professorat permanent que puga tenir accés al sistema d'avaluació de l'activitat investigadora dut a terme per la CNAI, han de acreditar almenys un mínim d'un sexenni reconegut en els darrers 10 anys. En la resta de casos, se'ls requerirà un mínim de cinc contribucions rellevants, de les quals almenys tres han de ser publicacions científiques indexades o publicades en altres mitjans de reconegut prestigi en l'àrea, en el darrers 10 anys, excepte autorització expressa de l'escola de doctorat, a petició de la comissió de coordinació acadèmica.

2. En el tribunal actuant ha d'haver-hi una majoria de membres externs a la Universitat de València, complir la normativa de igualtat, i no hi pot haver dos membres de la mateixa institució.

3. No poden formar part del tribunal els directors o les directores de la tesi ni el tutor o la tutora, llevat que es tracte d'una tesi presentada en el marc d'acords bilaterals de cotutela amb universitats estrangeres i així ho indique el conveni signat a aquest efecte.

4. En cas que el doctorand o la doctoranda sol·licite la menció internacional al títol de doctor, almenys un dels membres del tribunal ha de pertànyer a alguna institució d'educació superior o centre d'investigació no espanyols, i haurà d'acreditar que hi ocupa una plaça o lloc de treball amb vinculació estable; a més, aquesta persona haurà de ser diferent del responsable de l'estada de la persona interessada.

Article 4. Convocatòria de l'acte de defensa de la tesi doctoral

1. El president o la presidenta del tribunal convoca l'acte de defensa de la tesi. El secretari o la secretària ha de comunicar la convocatòria amb una antelació mínima de 7 dies naturals a la realització de l'acte, tant als membres del tribunal com al centre on estiga adscrit el programa de doctorat perquè, amb un mínim de 7 dies naturals, s'anuncie la defensa de la tesi en el tauler

d'anuncis del centre i en el tauler d'anuncis electrònic oficial de la Universitat de València.

2. L'acte de defensa de la tesi doctoral s'haurà de realitzar en un termini màxim de tres mesos comptadors a partir de l'endemà de la notificació al president o la presidenta del tribunal de la seua designació, tret de circumstàncies excepcionals apreciades per l'Escola de Doctorat.

Article 5. Defensa, avaluació i qualificació de la tesi doctoral

1. La defensa de la tesi doctoral, que es farà en un acte públic, ha de començar amb l'exposició i la defensa davant els membres del tribunal, a càrrec del doctorand o la doctoranda, del treball d'investigació elaborat. Tot seguit, hi haurà una discussió amb aquests, que podran formular qüestions i demanar els aclariments que consideren adients. En casos degudament justificats es podran fer servir sistemes de videoconferència, segons la normativa de la Universitat de València.

2. Els doctors i les doctores presents en l'acte públic poden formular qüestions en el moment i en la forma que assenyale el president o la presidenta del tribunal.

3. Acabada la defensa i la discussió de la tesi, cada membre del tribunal ha d'emetre un informe, i el tribunal atorgarà mitjançant una acta la qualificació global de la tesi d'acord amb l'escala següent: no apte, aprovat, notable o excel·lent. Amb aquesta finalitat, el tribunal que avalue la tesi disposarà del currículum i del document d'activitats del doctorand o la doctoranda, que no donaran lloc a una puntuació quantitativa, però sí que constituiran un instrument d'avaluació qualitativa que complementarà l'avaluació de la tesi doctoral. Igualment, disposarà dels informes dels experts que hauran sigut considerats pel doctorand o la doctoranda en l'acte de la defensa pública (art. 1.8).

4. El secretari o la secretària del tribunal haurà de lliurar l'acta de qualificació a la secretaria del centre corresponent, juntament amb la fitxa TESEO, o fitxa que reglamentàriament la substituïsca, degudament signada, la justificació del depòsit de la tesi en el repositori institucional de la UV.

5. Si la qualificació global és "excel·lent", el tribunal podrà atorgar la menció *cum laude* si hi ha unanimitat en aquest sentit. A aquest efecte, els membres del tribunal han de depositar el vot en sobres tancats, que es remetran a l'Escola de Doctorat, on s'obriran. En cas d'unanimitat, el secretari o la secretària de l'Escola de Doctorat ha d'expedir l'acta corresponent, que s'incorporarà a l'expedient acadèmic. Així mateix, cada membre del tribunal haurà de lliurar al secretari o la secretària del tribunal el seu vot en un sobre tancat tot indicant si considera la tesi doctoral mereixedora de premi extraordinari. El secretari o la secretària del tribunal remetrà també aquests sobres a l'Escola de Doctorat.

6. Una vegada aprovada, la Universitat de València arxivarà la tesi doctoral, en format electrònic, en el repositori de continguts digital obert. En circumstàncies excepcionals determinades per la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat, com ara les tesis xifrades o sotmeses a protecció de dades, i amb el vistiplau de l'Escola de Doctorat, es pot eximir de

l'obligació de publicar la tesi en el repositori de continguts digitals. En aquest cas, s'ha de marcar que la tesi doctoral no té accés públic.

Article 6. Incidències

1. Perquè el tribunal puga actuar vàlidament, és necessària la presència dels tres membres que el componen.

Si degudament convocat l'acte de defensa de la tesi, aquest no es pot realitzar per concurrència d'una causa justificada a judici del president o la presidenta del tribunal, aquest o aquesta podrà fer una nova convocatòria de l'acte de defensa, que haurà de tenir lloc dins dels 15 dies següents. En aquest cas, la convocatòria s'ha de comunicar a les mateixes persones a les quals s'havia comunicat la primera, amb una antelació mínima de 48 hores.

2. En tots els casos s'han de respectar les limitacions i les condicions relatives a la composició dels tribunals que estableix aquesta normativa. Si finalment l'acte no es pot realitzar en el termini establert, per causa no imputable al doctorand o la doctoranda, l'Escola de Doctorat haurà de nomenar un nou tribunal d'avaluació de la tesi doctoral, de conformitat amb el procediment que estableix aquesta normativa.

Article 7. Tesi doctoral presentada en una llengua diferent de les oficials de la Universitat de València

1. L'Escola de Doctorat pot autoritzar la lectura d'una tesi doctoral que haja estat redactada en qualsevol llengua d'ús científic, tècnic o artístic diferent de les oficials a la Universitat de València.

2. En tot cas, a més de la documentació assenyalada en aquesta normativa, el doctorand o la doctoranda ha d'incloure en la tesi doctoral un resum ampli redactat en una de les llengües que són oficials a la Universitat de València, en el qual en tot cas han de figurar els objectius, la metodologia i les conclusions de la tesi, amb una extensió compresa entre 4000 i 8000 paraules.

Article 8. Tesi doctoral presentada com a compendi de publicacions

1. Es pot presentar a la Universitat de València una tesi doctoral com a compendi de publicacions, sempre que es tinguen en compte els requisits següents, tret de casos excepcionals autoritzats per l'Escola de Doctorat.

a) El doctorand o la doctoranda ha de presentar un mínim de tres articles, ja publicats o acceptats en revistes indexades en algun índex internacional com ara JCR (WoS) i/o SJR (Scopus) en el cas de Ciències Socials, i ha de ser el primer signant de tots els treballs que presente. En cas contrari, a no ser que en el camp de coneixement de la tesi es faça servir un conveni específic d'ordenació de la signatura dels articles, cal que justifique el seu lloc de signatura. En cas que no es puguen complir els requisits anteriors, cada comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat corresponent determinarà, en cada cas, el factor d'impacte que han de tenir les publicacions en els índexs bibliogràfics.

b) La tesi ha d'incloure un resum global de la temàtica, dels principals resultats i de les conclusions, que justifique l'aportació original de l'autor o autora, redactat en qualsevol de les llengües oficials, amb un mínim de 4000 paraules.

c) Com a annex s'ha d'incloure una còpia completa dels treballs publicats o admesos per a la seua publicació, en què figuren clarament el nom i la filiació de tots els coautors dels treballs i la referència completa de la revista en què els treballs han sigut publicats o admesos a publicació. En aquest darrer cas, cal adjuntar un justificant de l'admissió i la referència completa de la revista a la qual s'han tramès.

d) Els requisits addicionals que puga establir a aquest efecte l'Escola de Doctorat.

2. Per a presentar la sol·licitud de depòsit, a més dels documents que s'especifiquen en l'apartat anterior, cal presentar també els documents següents:

a) Un escrit del director o la directora de la tesi sobre el factor d'impacte, o categorització de la revista, de les publicacions que es recullen en la tesi doctoral.

b) En cas que es presenten un o més treballs fets en coautoria, cal aportar un informe dels directors o les directores de la tesi en què s'especifique exhaustivament quina ha sigut la participació del doctorand o la doctoranda en cada article, si algun dels coautors d'algun dels treballs presentats en la tesi doctoral ha utilitzat, implícitament o explícitament, aquests treballs per a la realització d'una altra tesi doctoral i, si és el cas, les circumstàncies justificatives que el doctorand o la doctoranda no siga el primer signant d'alguns dels treballs.

Article 9. Menció internacional al títol de doctor

1. Es pot atorgar la menció internacional al títol de doctor, sempre que hi concórreguen les circumstàncies següents:

a) Que, durant el període de formació necessari per a obtenir el títol de doctor, el doctorand o la doctoranda haja realitzat una estada mínima de tres mesos en una institució d'ensenyament superior o centre d'investigació de prestigi fora d'Espanya, suficientment acreditada i amb finançament a través de convocatòries competitives per a estades curtes, en què haja cursat estudis o haja realitzat treballs d'investigació. L'estada i les activitats hauran d'haver sigut avalades pel director o la directora i autoritzades per la comissió acadèmica del programa de doctorat, i caldrà que estiguen incorporades al document d'activitats del doctorand o la doctoranda.

En cas que l'estada no dispose de finançament competitiu, la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat corresponent ho haurà de comunicar a l´Escola de Doctorat, que disposarà de quinze dies per a sol·licitar, si escau, els aclariments oportuns. En tot cas, el format de sol·licitud d'estada ha d'incloure el CV de la persona responsable de l'estada, el del director o directora del equip receptor i el pla de treball que cal dur a terme.

b) Que part de la tesi doctoral s'haja redactat i siga defensada en una de les llengües habituals per a la comunicació científica en el seu camp de coneixement, diferent de qualsevol de les llengües oficials a Espanya, sense perjudici de l'article 7.2. La comissió de coordinació acadèmica de cada programa de Doctorat podrà demanar, prèvia justificació, que la major part de la tesi o la seua totalitat siga redactada o siga defensada en una llengua estrangera. Aquest apartat no és aplicable per a les estades, els informes i els experts que procedisquen d'un país de parla hispana.

c) Que hagen informat positivament sobre la tesi, prèviament a la seua lectura, un mínim de dos experts o expertes amb experiència investigadora acreditada que pertanyen a alguna institució d'educació superior o institut d'investigació no espanyols.

d) Que haja format part del tribunal avaluador de la tesi un expert o una experta que pertanya a alguna institució d'educació superior o centre d'investigació no espanyols, amb vinculació estable, igual o superior a 5 anys, amb el títol de doctor i amb experiència investigadora acreditada, sempre que no siga el responsable de l'estada esmentada en l'apartat a).

2. La defensa de la tesi s'ha d'efectuar a la universitat on el doctorand o la doctoranda estiga adscrit/a. El doctorand o la doctoranda que vulga demanar la concessió de la menció de "doctor internacional", ha de fer constar aquesta circumstància a l'hora de demanar l'autorització de depòsit de la tesi doctoral.

Article 10. Procediment d'autorització, lectura i publicació d'una tesi doctoral de la Universitat de València que estiga sotmesa a processos de protecció i/o transferència de tecnologia i/o de coneixement

1. Finalitzada l'elaboració de la tesi doctoral, el doctorand o la doctoranda que vulga que l'autorització, la defensa i la publicació de la seua tesi doctoral en el repositori institucional s'efectue de conformitat amb les especialitats que estableix aquest article, ho ha de sol·licitar a l'Escola de Doctorat.

2. La sol·licitud, que ha de formalitzar el doctorand o la doctoranda d'acord amb els models normalitzats que a aquest efecte li facilite l'Escola de Doctorat, s'ha de presentar al Registre General de la Universitat de València i ha d'anar acompanyada dels documents següents:

a) L'original o una còpia compulsada de l'informe favorable a la sol·licitud dels directors o les directores de la tesi doctoral, ratificat pel tutor o la tutora de la tesi, si n'hi ha.

b) Un exemplar de la tesi xifrada signat pel doctorand o la doctoranda i pels directors o les directores de la tesi. L'exemplar de la tesi xifrada ha de permetre fer-se una idea del treball d'investigació realitzat; per tant, només cal encriptar els elements que siguen indispensables per a assegurar la protecció i/o transferència dels resultats.

c) L'original o una còpia compulsada dels documents que acrediten que la tesi doctoral està sotmesa a processos de protecció o transferència de coneixement i tecnologia.

3. L'Escola de Doctorat pot requerir el doctorand o la doctoranda perquè modifique el contingut i/o el format de l'exemplar xifrat de la tesi doctoral, i també perquè aporte tota la documentació complementària que estime oportuna per valorar la sol·licitud.

4. L'Escola de Doctorat ha de resoldre aquesta sol·licitud en el termini màxim de 15 dies, comptadors a partir de l'endemà de la data de presentació de la sol·licitud al Registre General de la Universitat de València. La sol·licitud només serà acceptada quan quede acreditat que el secret és absolutament indispensable per a l'èxit del procés de protecció i/o transferència. L'Escola de Doctorat ha de notificar l'acord al doctorand o la doctoranda, i en cas que siga favorable també s'ha de comunicar als directors o les directores de la tesi i a la

comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat responsable de la tesi.

5. L'Escola de Doctorat té el deure de mantenir una confidencialitat absoluta respecte del contingut de les tesis doctorals i ha de signar els compromisos de confidencialitat corresponents, per al període de temps necessari per a fer la protecció. Els compromisos de confidencialitat signats seran custodiats per l'Escola de Doctorat i se'n podrà lliurar una còpia al doctorand o la doctoranda, si ho sol·licita.

6. Si l'Escola de Doctorat ha resolt favorablement sobre la sol·licitud, la tesi doctoral que es lliura a la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat perquè n'autoritze el depòsit, com també la tesi que serà objecte de depòsit, és l'exemplar de la tesi xifrada que haja estat autoritzada per l'Escola de Doctorat. En cas que la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat ho sol·licite, l'Escola de Doctorat pot autoritzar l'accés a l'exemplar complet de la tesi doctoral a dues persones designades per la comissió de coordinació acadèmica del programa de doctorat, entre els seus membres, per tal que l'examinen i en facen un informe per a l'esmentada comissió. Les persones designades han d'haver signat, prèviament, el compromís de confidencialitat corresponent.

7. Els membres dels tribunals que han de jutjar la tesi doctoral, als quals cal advertir expressament que la tesi està sotmesa a processos de protecció i/o transferència, poden demanar l'accés a la versió completa de la tesi doctoral en paper i tenen l'obligació de retornar-la en l'acte de la defensa i de mantenir secret i confidencialitat absoluts sobre el seu contingut. Prèviament a la remissió de la tesi doctoral, els membres del tribunal han de lliurar a l'Escola de Doctorat el compromís de confidencialitat corresponent pel període de temps necessari per a fer la protecció, degudament signat. En aquests casos, la remissió de la documentació als membres del tribunal, l'ha de fer l'Escola de Doctorat.

8. La publicació en el repositori institucional de les tesis doctorals s'efectuarà, si s'escau, quan haja culminat el procés de protecció i/o transferència de coneixement, circumstància que el doctorand o la doctoranda ha de comunicar degudament a la Universitat de València.

Article 11. Tesi doctoral en règim de cotutela

1. Les tesis en règim de cotutela es regulen pel conveni aprovat entre les universitats corresponents. I en tot allò que no estiga previst en aquest conveni, s'aplicarà el present reglament.

Disposició transitòria

Els procediments de depòsit, avaluació i defensa de tesis doctorals iniciats abans de l'entrada en vigor d'aquesta norma s'han de tramitar i resoldre d'acord amb la normativa vigent en el moment de presentació de la sol·licitud de depòsit provisional.

Disposició final

Aquesta norma entra en vigor l'endemà de ser aprovat pel Consell de Govern.

Anexo 5

mihsalud

Promoción de la salud en población en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Valencia

MENSAJES: IDEAS FUERZA PARA LA ACCIÓN COMUNITARIA – 2019

1) **Tú eres protagonista de tu propia salud**. Puedes adquirir información y habilidades para mantenerla y cuidarla. También puedes prevenir muchas enfermedades. De ti depende. Sin salud, la vida se te puede poner cuesta arriba.

2) La salud es un derecho. **Puedes acceder a tu "Centro de Salud" a través de la tarjeta sanitaria**. El Centro de Salud corresponde al primer nivel de atención sanitaria, allí encontrarás a profesionales (médicos/as, pediatras, enfermeras/os, matronas, trabajadoras/es sociales, fisioterapeutas… que cuidan de tu salud y la de tu familia.

    a. Puedes consultar en tu Centro de Salud cómo obtener la tarjeta sanitaria, contactando con la trabajadora o trabajador social.

3) **Las mujeres embarazadas deben acudir a consulta médica y de la matrona de su Centro de Salud, <u>lo antes posible en el primer trimestre de embarazo</u>**. Es muy importante que las mujeres embarazadas participen en el programa de seguimiento que conduce la matrona para que todo vaya bien durante el embarazo, parto y puerperio.

    a. Puedes consultar a la matrona de tu centro de salud sobre el seguimiento del embarazo.
    b. Tienes derecho a tener un parto contando con tu opinión, así como ser orientada e informada sobre la lactancia materna
    c. Desde el momento del nacimiento y hasta los 14 años, todos los niños y niñas deben acudir a su centro de salud para el programa de revisiones pediátricas y vacunaciones del/a niño/a sano/a.

4) **Las personas tenemos derechos sexuales y reproductivos**. ¿Los conoces? Las relaciones de pareja se basan en la igualdad y el respecto mutuo.

    a. Es importante que las mujeres y hombres acudan al Centro de Salud Sexual y Reproductiva (antes planificación familiar) para hacer revisiones periódicas y prevenir enfermedades.

5) **Conocer nuestro cuerpo es necesario para disfrutar de nuestra sexualidad**. Las personas podemos mejorar nuestras relaciones sexuales si aumentamos nuestra capacidad de diálogo y comunicación.

    a. Puedes acceder a consulta sexológica gratuita en tu Unidad de Salud Sexual y Reproductiva.

6) Lo seres humanos estamos llamados a tratarnos con respeto. **Vamos a promover en nuestra comunidad la "tolerancia cero" frente a cualquier tipo de acoso, violencia verbal, psíquica y física frente a las personas**. Tenemos que cortar de raíz todo tipo de violencia.

    a. Ante cualquier duda sobre violencia de género puedes llamar al Centro Mujer 24 horas, teléfono **016** o al 900.580.888, este último de la Comunitat Valenciana.

7) **Tener un hijo o hija es una decisión importante**. Podemos decidir en qué momento tener este hijo o hija utilizando correctamente los métodos anticonceptivos. La marcha atrás, el método "Ogino" o del calendario y la lactancia materna NO son métodos anticonceptivos; las personas que los utilizan sufren muchos embarazos no deseados.

8) Excepto el preservativo masculino o femenino, **la mayoría de los métodos anticonceptivos verdaderamente eficaces requieren consulta médica**. Evitar los embarazos no deseados, especialmente entre las chicas menores de 19 años es tarea de todas y todos.

a. Puedes acceder a anticoncepción gratuita en tu Unidad de Salud Sexual y Reproductiva.
b. Muchos jóvenes también acuden a estos centros a solicitar información y asesoramiento profesional. Otro de los recursos es el Teléfono de "sexualidad joven": 902 25 20 20

9) **Ante la sospecha de padecer una infección de transmisión sexual debes de acudir rápidamente a tu médico/a del centro de salud**. Es importante que no esperes y vayas lo antes posible para cuidar de tu salud y no contagiar sexualmente a otra persona. Evita la automedicación. La gran mayoría de estas infecciones se tratan fácilmente.

a. También puedes llamar por teléfono y/o acudir a la Unidad de prevención de SIDA (UPS) y enfermedades de transmisión sexual (ITS). El teléfono es el 963131616 antes (Centro de Información y Prevención del VIH/sida (CIPS))

10) **Todos podemos prevenir la infección por VIH.** Esta infección se puede transmitir cuando el virus que hay en sangre, el semen, el líquido preseminal, el fluido vaginal y la leche materna, entra en contacto con alguna lesión o herida abierta que estén en las mucosas o la piel de alguien que no está infectado.

a. No compartas material que pueda haber estado en contacto con estos líquidos corporales;
b. Mantén relaciones sexuales sin prácticas de riesgo o utiliza preservativo en las prácticas con penetración y en el sexo oral.
c. Si has tenido alguna práctica de riesgo, hazte la prueba de detección de anticuerpos de VIH en tu centro de salud o de manera anónima y sin cita en el CIPS. El diagnóstico precoz es la mejor ventaja para un buen manejo de la situación y controlar la infección.
d. Recuerda que no se debe discriminar o rechazar a una persona afectada por el VIH. Ella puede hacer su vida normal y tiene derecho a ello. Sólo debe cuidarse de transmitir el virus por cualquier vía, incluyendo la sexual y comunicarlo cada vez que sea intervenida en el ámbito sanitario.
Para obtener más información puedes llamar por teléfono y/o acudir a la Unidad de prevención de SIDA (UPS) y enfermedades de transmisión sexual (ITS). El teléfono es el 963131616 antes (Centro de Información y Prevención del VIH/sida (CIPS)), C/ San Lázaro, s/n CP 46017 (en las instalaciones del Hospital Dr. Peset). La consulta es gratuita y anónima.
e. El Colectivo Lambda de Valencia hace también pruebas específicas en la C/Vivons, 26 Bajo - , CP 46006 València - Tlf/Fax: 96 334 21 91. La consulta también es gratuita y anónima.
f. Frente a la sospecha y duda, pide información en los sitios indicados. Existen personas profesionales que te orientarán y ayudarán, sin coste alguno.

11) Recuerda que el preservativo masculino y femenino utilizados correctamente, evitan las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida y los embarazos no deseados. **Utilizar preservativo da seguridad y tranquilidad a tus relaciones sexuales con penetración**.

12) **Amics de la Gent Major** es una Fundación de voluntariado que se dedica a acompañar afectivamente y de forma gratuita a las personas mayores que sienten soledad, preferentemente con escasos recursos económicos.

13) Como seres humanos merecemos ser tratados con respeto, amor y comprensión.

14) Pon atención a tu relación de pareja: detecta pequeñas señales de falta de respeto o de imposición y control.

15) Quien te quiere es quien te respeta y ama sin coacción. Intentar cambiar a alguien que nos hace daño no es la solución.

16) Si sufres agresiones verbales, psicológicas, físicas o sexuales… Tolerancia cero. Si te sientes utilizada, sometida al control y al poder de tu pareja. Reacciona. Busca ayuda y protección.

17) Si alguien te maltrata: no es culpa tuya, no te avergüenzas, no estás sola. Si no sabes con quién hablar, si no sabes a quién acudir, si no sabes qué debes hacer… El personal sanitario (de un Centro de Salud, de una Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, de un Hospital…) puede ayudarte.

18) Nada justifica la violencia: ni el alcohol, ni la depresión ni los problemas económicos. Ninguna circunstancia.

19) En los espacios públicos o privados: NO se debe permitir la violencia.

20) La violencia contra las mujeres, es un problema de todos: si ves sufrir agresiones verbales, psicológicas, físicas o sexuales… Tolerancia cero! Reacciona y busca ayuda.

21) Ante cualquier duda sobre violencia de género puedes llamar al teléfono 016 o al 900.580.888 (Centro Mujer 24 hs).

Es importante y necesario que extiendas y compartas estos mensajes a todas las personas de tu entorno y de tu comunidad; a tu familia, a tus amigas y amigos, a tus compañeras y compañeros de trabajo o de estudios, a los miembros de tu asociación. Porque te importa tu salud; la salud de las personas que más quieres; la salud de todas y todos.

No guardes esta información y haz que circule. **Juntas y juntos, unidos, podemos mejorar nuestra salud.**