



ORIGINAL

Proyecto RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad



Dory Aviñó^{a,*}, Joan J. Paredes-Carbonell^{a,b,c}, Rosana Peiró-Pérez^{a,d,e}, Daniel La Parra Casado^f y Carlos Álvarez-Dardet^{e,g}

^a Fundación para el Fomento de la Investigación Biomédica y Sanitaria de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Valencia, España

^b Centros de Salud Pública de Valencia y Alzira, Valencia, España

^c Departament d'Infermeria, Universitat de València, Valencia, España

^d Oficina del Plan del Cáncer. Dirección General de Salud Pública, Valencia, España

^e Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

^f Departamento de Sociología II, Universidad de Alicante, Alicante, España

^g Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

Recibido el 23 de julio de 2013; aceptado el 12 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 16 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Promoción de la salud;
Desigualdades en la salud;
Género y salud;
Agentes comunitarios de salud;
Participación social;
Vulnerabilidad social

Resumen

Objetivo: Describir los cambios percibidos por la población y los profesionales en relación con la salud y el uso de servicios tras la intervención RIU con agentes comunitarios en un barrio vulnerable.

Diseño: Estudio descriptivo cualitativo con entrevistas individuales y grupales y observación participante de octubre de 2008 a julio de 2009.

Emplazamiento: Barrio Raval (Algemesi-Valencia).

Participantes: Selección por muestreo opinático de 7 mujeres agentes de salud, todas las que finalizaron la intervención, y 10 profesionales implicados en la misma.

Método: Con las mujeres se mantuvo una entrevista grupal a los 6 meses, y una entrevista grupal y 7 individuales a los 9 meses de intervención. Se realizó un análisis temático de tipo descriptivo desde el modelo de promoción de salud. Con los profesionales se utilizó observación participante en una reunión a los 9 meses, analizándose las notas de campo según: valoración del proyecto, cambios detectados, dificultades y recomendaciones.

Resultados: Las mujeres adquirieron información sobre salud, anticoncepción, embarazo y servicios sanitarios; señalaron cambios en autocuidados y habilidades sociales y liderazgo; interiorizaron el rol de agente de salud difundiendo lo aprendido y manifestando mejor autoestima

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: avinyo.ado@gva.es, doryavinyo@ono.com (D. Aviñó).

y reconocimiento social. Provocaron cambios en su entorno relativos al cuidado de la salud y el acceso a los servicios. Los profesionales no incorporaron a su trabajo la perspectiva comunitaria; valoraron el proyecto, coincidieron con las mujeres en la mejora del acceso y uso de servicios y en el acercamiento población-profesionales.

Conclusiones: RIU aumenta las capacidades de las personas participantes, su reconocimiento social y mejora el acceso y uso de servicios sanitarios.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Health Promotion;
Health inequalities;
Gender and health;
Community health
workers;
Social participation;
Social vulnerability

RIU project: Perceived changes by health agents and professionals after a health intervention in an urban area of socioeconomic disadvantage

Abstract

Objective: To describe how health agents and professionals working in a community project perceive the changes related to the population health status and their use of health-care services after the RIU intervention in an urban area of socioeconomic disadvantage.

Design: A qualitative descriptive study based on individual and group interviews and participant observation conducted between October 2008-July 2009.

Location: Raval (Algemesí-Valencia)

Participants: We selected by purposive sample 7 women health agents, all persons who completed the intervention, and 10 professionals for their involvement in the intervention.

Method: We conducted a group interview with the women at 6 months and a group and 7 individuals interviews both at 9 months of intervention. We realized a thematic descriptive analysis from health promotion framework. We used participant observation in a meeting with professionals at 9 months and analyzed field notes as: appraisal project, detected changes, challenges and recommendations.

Results: Women acquired information about health, contraception, pregnancy and health services; they noted changes in self-care and social skills and leadership; they internalized the role of health worker disseminating what they learned and showed improvement in self-esteem and social recognition. They caused changes in the people related on health care and access to services. Professionals didn't incorporate at their work the community perspective; they valued positively the project; professionals and women agreed on improving access and use of services and closeness population-professionals.

Conclusions: RIU increases the capabilities of the participants, their social recognition and improves access and use of health services.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Existen barrios con problemas de vivienda, deterioro urbano y déficit en infraestructuras y servicios¹ que reflejan desigualdades extremas en salud generadas por determinantes estructurales²⁻⁴. Hay estudios que muestran barreras en el acceso y uso de servicios de salud según la clase social, el género, la etnia o la cultura⁵⁻⁹ que afectan a población general y a la población gitana e inmigrante en las que, en ocasiones, se acumulan factores que conducen a la exclusión social¹⁰. Las propuestas de acción que se plantean en estos entornos¹¹⁻¹³ señalan que las intervenciones han de responder a necesidades concretas, ser prácticas y directas y basadas en modelos valorados positivamente¹⁰. Los enfoques participativos mejoran la efectividad de estas actuaciones^{14,15}.

En este contexto se desarrolla el *Proyecto RIU* para promover la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Se impulsa desde el centro de salud pública de Alzira y

colaboran atención primaria y los servicios sociales locales. Se inició en 2008 y actualmente se implementa en Algemesí, Alzira y Sueca. Sigue la estrategia basada en entornos y orientada a la comunidad para reducir desigualdades¹² y se basa en los principios de la promoción de la salud (PS)¹⁶: la participación y empoderamiento¹⁷; el modelo de activos para la salud¹⁸; la educación entre iguales¹⁹ y la investigación-acción participativa²⁰.

RIU parte del apoyo político local, construye una red intersectorial de profesionales y realiza ciclos continuados de formación-acción²¹: 1) selección de personas (mujeres en la primera edición) de distintas culturas; 2) capacitación como agentes de salud con metodología participativa en colaboración con profesionales y visitas a servicios sanitarios; y 3) ejecución (por parte de las agentes de salud) de acciones individuales, grupales y comunitarias dirigidas al barrio y municipio. La [figura 1](#) describe las etapas del proyecto. En la [tabla 1](#) se detallan los contenidos del proceso. Las acciones se orientan hacia la PS

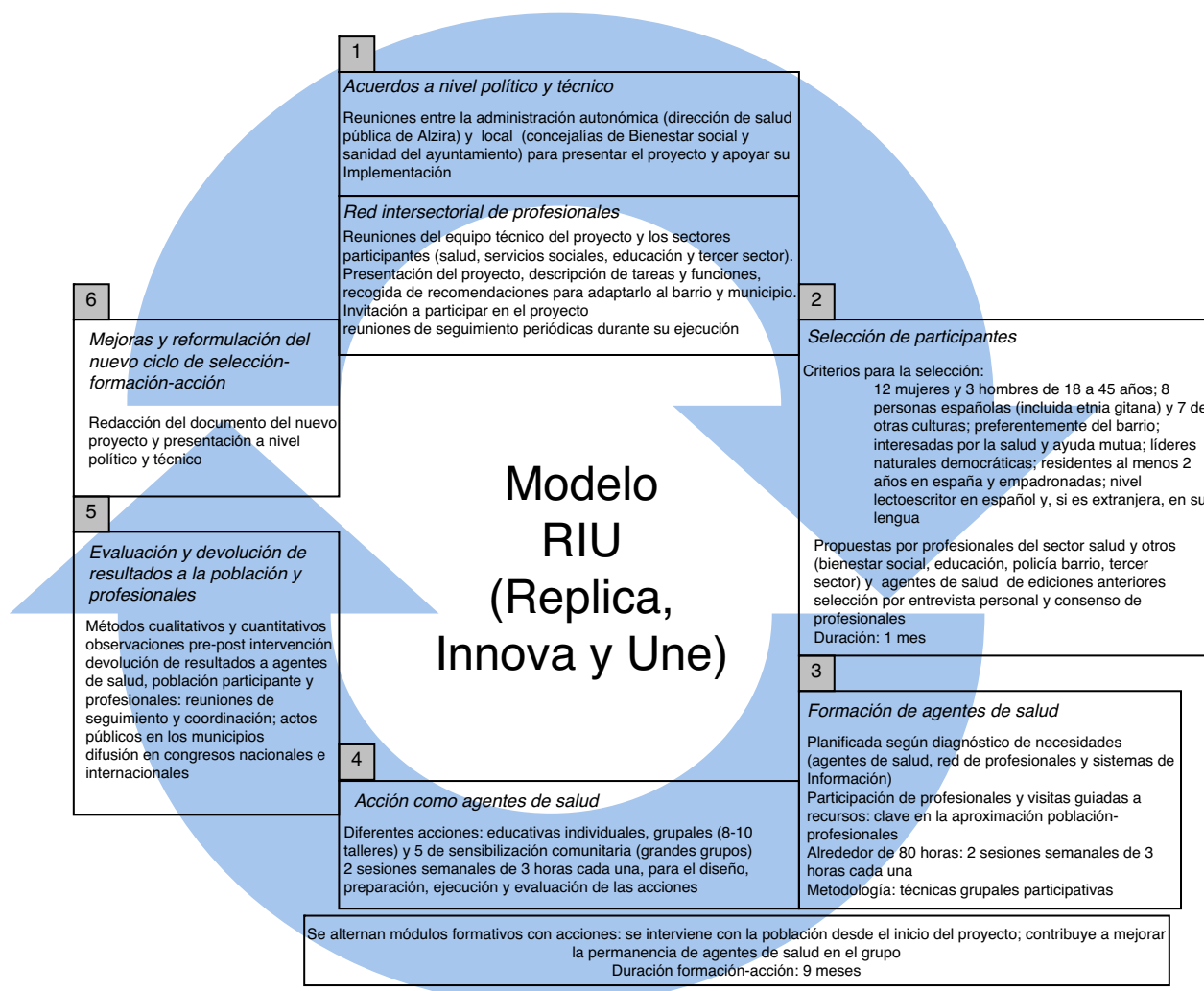


Figura 1 Etapas del Modelo RIU.
Adaptada de Paredes-Carbonell et al.²¹.

y al acceso y utilización de los servicios sanitarios, especialmente atención primaria, y son el eje para abordar transversalmente convivencia, cohesión y regeneración del entorno.

Se parte de la hipótesis de que RIU provoca cambios según el modelo de PS^{16,22}: fortalecimiento de capacidades de las agentes de salud, mayor empoderamiento y autoconfianza, influencia en su red y reorientación del trabajo profesional. Este estudio es necesario para confirmar esta hipótesis, la utilidad de la intervención y su transferencia a otros contextos. Se pretende aportar conocimiento sobre estrategias para disminuir el acceso desigual a los servicios e innovar en metodologías para evidenciar la reducción de desigualdades²³.

El objetivo del artículo es describir los cambios percibidos por agentes de salud y profesionales participantes, en relación con la salud y el uso de servicios, tras la intervención RIU en el barrio Raval de Sant Roc de Algemés (Valencia) en 2008-2009.

Participantes y métodos

Diseño

Estudio cualitativo en el barrio Raval de Sant Roc de Algemés (Valencia) entre octubre de 2008 y julio de 2009, utilizando entrevistas grupales e individuales semiestructuradas con agentes de salud participantes en la intervención, y observación participante en una reunión de trabajo con profesionales.

Los fundamentos teóricos y epistemológicos del proceso de formación-acción condujeron al equipo investigador a elegir la metodología cualitativa. Se optó por analizar las representaciones y significados sociales de las personas entrevistadas para determinar el alcance de los objetivos y realimentar el proyecto a través de la crítica reflexiva. Con los profesionales se utilizó observación participante en una de las reuniones de seguimiento habituales por economizar la investigación y dar normalidad al registro de información.

Tabla 1 Temas tratados y metodología del ciclo de formación-acción, acciones realizadas por el grupo de agentes de salud y rol asumido por quien facilita el proceso

Temas de la formación	Metodología formación-acción	Acciones de las agentes de salud	Rol de la persona facilitadora
• Salud y determinantes • Autocuidados • Autoestima • Habilidades de comunicación en la relación de ayuda • Sexualidad • Fertilidad y anticoncepción • Cuidados en el embarazo, parto y puerperio • Cuidados del recién nacido y en la infancia • Prevención de infecciones de transmisión sexual • VIH/sida • Uso del preservativo • Negociación en pareja • Análisis participativo del barrio • Recursos en salud • Dinamización de grupos • Agentes de salud: concepto y competencias	Técnicas de presentación Técnicas de cohesión Técnicas escritas: autoinforme, actividades, lectura de textos y fábulas Técnicas de actuación y creatividad: sociodrama, expresión dramática y plástica, <i>brainstorming</i> Técnicas de discusión: trabajo en grupos, discusión guiada, debate en pequeño grupo, foro Técnicas de investigación: estudios de caso, análisis de historias, entrevista individual y su análisis Técnicas cambio de conducta: <i>role-playing</i> , técnica del riesgo Técnicas para adquirir conocimientos: exposición breve, juegos, mitos y realidad, entrenamiento Visita guiada por profesionales	Conversaciones con personas de su entorno social y registro en fichas Traducción e interpretación de textos árabe-español en atención primaria y servicios sociales Sesiones formativas (talleres) adaptadas a grupos culturales diversos Análisis participativo de necesidades de salud en el barrio Participación en mesas redondas en días conmemorativos Entrevistas en medios de comunicación Participación en ferias de asociaciones, jornadas, mesas en la calle	Relación horizontal con el grupo de agentes de salud: cercanía Fomenta la participación de todas las personas del grupo Sensible a las necesidades, intereses y opiniones del grupo: flexibilidad Promueve la relación horizontal entre agentes de salud y con profesionales: proximidad Potencia las iniciativas del grupo Facilita herramientas y materiales para que el grupo tome decisiones y realice acciones Orienta y media en los conflictos que surgen en el grupo Asesora individualmente a las agentes de salud en otras áreas Informa y motiva a participar en acciones externas al proyecto: educativas, sociales, laborales, etc.

La población de la intervención fue un grupo inicial de 13 mujeres seleccionadas según criterios de liderazgo comunitario²¹. La población del estudio son las 7 mujeres que finalizaron la intervención como agentes de salud y los 10 profesionales asistentes a la reunión.

Muestra, participantes y contexto

En el Raval viven 1.578 personas con predominio de población romani e inmigrante, mayoritariamente marroquí. Está segregado del municipio (27.272 habitantes) y se caracteriza por el estigma y la vulnerabilidad urbana²⁴ con infravivienda, desempleo de larga duración, nivel educativo bajo y espacio público escaso y degradado. Cuenta con escuela infantil, centro de educación primaria y actividades puntuales de una ONG.

Se realizó un diseño muestral opinático de participantes. En primer lugar se incluyeron las 7 mujeres que finalizaron la formación-acción (tabla 2). De ellas solo una residía en el barrio. Aunque era preferible cumplir el criterio de residencia²¹, se dieron circunstancias (cambio de domicilio, capacidades propias y conocimiento del barrio) que permitieron su inclusión. En segundo lugar los 10 profesionales participantes (atención primaria, servicios sociales,

policía y animación sociocultural) pertenecían a la red intersectorial creada en la intervención (35 profesionales) y fueron seleccionados por su directa implicación, participando voluntariamente.

Se realizaron 2 entrevistas grupales a las agentes de salud, a los 6 y 9 meses del proyecto, para disponer de información en 2 momentos. Las 7 mujeres participaron en ambas. Cada entrevista se realizó en el centro social del barrio, duró 45 min y su guión figura en la tabla 3. Las entrevistas individuales a las 7 mujeres se realizaron a los 9 meses para obtener información adicional utilizando el mismo guión. Todas las entrevistas fueron efectuadas por una de las investigadoras y grabadas en audio. Se promovió el discurso grupal hasta alcanzar un grado importante de correspondencia interna entre los discursos.

La observación participante²⁵ se aplicó en la reunión de profesionales en el centro de salud a los 9 meses, duró 45 min y fue conducida por 2 de los investigadores que recogieron y sistematizaron la información en el cuaderno de notas de campo según un guión (tabla 3).

En ambos grupos de informantes se alcanzó la saturación de la información. Los 3 investigadores del trabajo de campo conocían a las mujeres y profesionales y participaban en la intervención.

Tabla 2 Mujeres agentes de salud y profesionales participantes en el estudio

Mujeres agentes de salud	N.º
<i>Edad</i>	
18 años	1
25-35 años	6
<i>País de nacimiento</i>	
Marruecos	7
<i>Lugar de residencia</i>	
Barrio	1
Resto del municipio	6
<i>Convivencia con la pareja</i>	3
<i>Con hijos</i>	3
<i>Estudios</i>	
Educación primaria	2
Educación secundaria	3
Estudios universitarios	2
<i>Trabajo</i>	
Baja cualificación	3
Desempleadas	3
No busca	1
<i>Permiso de residencia</i>	
Con permiso	5
Sin permiso	2
Profesionales	N.º
<i>Atención primaria</i>	
Coordinadores	2
Trabajadora social	1
Matronas	2
Pediatra	1
<i>Salud sexual y reproductiva</i>	
Enfermera	1
<i>Administración local</i>	
Trabajadora social de servicios sociales	1
Policia local	1
Técnica del centro sociocultural	1

Análisis

Se procedió diferencialmente según el grupo de informantes. Con las mujeres los archivos de audio fueron transcritos literalmente.

Se realizó un análisis temático siguiendo a Vallés y Minayo^{26,27}, considerándose los niveles sintáctico (de carácter más descriptivo e identificando palabras clave y el modo en que se usan) y semántico (significados atribuidos por las participantes). El proceso de codificación respondió a una dinámica de pares en la que 2 miembros del equipo investigador, individualmente, propusieron su codificación a partir de los textos de referencia y basándose en el modelo de PS (tabla 4) y los objetivos del estudio. Seguidamente, juntos contrastaron y acordaron las categorías de clasificación. Posteriormente, interpretaron los discursos individualmente. En una última reunión discutieron su interpretación y redactaron los resultados. Esta secuencia de análisis constituye

Tabla 3 Guiones de las entrevistas con el grupo de mujeres agentes de salud y de la observación participante con profesionales

Mujeres agentes de salud

¿Qué ha cambiado en cada una de vosotras durante el proyecto?

¿Qué ha cambiado en vosotras como grupo?

¿Qué cambios se han producido en vuestro entorno próximo (familiares y amistades)?

¿Qué cambios se han producido en las personas que se han beneficiado de las acciones del proyecto?

Profesionales

¿Qué opináis del proyecto?

¿Cómo lo habéis vivido?

¿Qué ha mejorado el proyecto?

¿Qué cambios se han detectado en las mujeres que han participado?

¿Qué impacto puede tener/ha tenido este proyecto en otras mujeres del barrio?

¿Qué otros cambios producidos por el proyecto habéis detectado en otros aspectos: profesionales, institucionales?

¿Hasta qué punto el proyecto ha demostrado que es posible hacer algo realmente efectivo para promover la salud en los barrios?

¿Qué pensáis sobre la sostenibilidad del proyecto?

una estrategia de triangulación que fortalece la validez de los resultados que se muestran según las categorías: 1) cambios en ellas: conocimientos sobre temas de salud y servicios, comportamientos en autocuidados y uso de servicios; y 2) cambios en su red social con estas mismas categorías. Los códigos de las citas fueron: EG1 para la entrevista grupal a los 6 meses; EG2 para la entrevista grupal a los 9 meses; y EI para las entrevistas individuales.

En la observación participante con profesionales 2 investigadores analizaron las anotaciones y clasificaron esta información en: valoración del proyecto, cambios detectados, dificultades y recomendaciones. Se realizó un análisis comparativo con las líneas temáticas de las entrevistas con las agentes, llevándose a cabo un ejercicio de triangulación metodológica entre instrumentos de observación.

Aspectos éticos

Se obtuvo consentimiento informado oral de mujeres y profesionales. Se garantizó la confidencialidad, anonimato y almacenamiento de la información. Dadas las características del estudio y la normativa vigente en el período de su ejecución, no se requirió aprobación del comité ético del Centro Superior de Investigación en Salud Pública.

Resultados y discusión

Se presentan los cambios percibidos por agentes de salud y profesionales, aspectos de mejora y recomendaciones y comparación con estudios sobre intervenciones similares.

Tabla 4 Cambios identificados por las agentes de salud y categorías de análisis del estudio según modelo de promoción de salud

Fortalecimiento de capacidades y habilidades

Conocimientos

«...tengo más información sobre muchos temas que antes no sabía... salud, infecciones, anticonceptivos, embarazo, parto...» (E1 m4)

«...conocer muchos servicios que no conocíamos como el del sida, o drogodependencias, la sexóloga...» (EG2 m3)

Comportamientos

«...mi pareja no quería usar el preservativo... Y luego sí... he gastado el método del calendario para el embarazo» (E1 m1)

«... eso de ir a urgencias por cualquier cosa... Ahora ya no... cuando me encuentro mal, voy a la doctora...» (E1 m4)

Empoderamiento y autoconfianza

Rol agentes de salud

«...si queremos hacer un cambio, el cambio ha de partir de nosotras, de mí misma... tirar un papel al suelo y digo, es el Raval, no pasa nada, puedo tirarlo porque el entorno es todo sucio...» (EG2 m2)

«... antes no tenía este sentimiento de ayudar a la gente. Pero ahora sí, porque sé que tengo cosas en mi cabeza. Ahora siento que son importantes...» (E1 m6)

«... Cuando aconsejo a una persona estoy segura de lo que digo... no lo he oído en la calle, me lo ha dicho un profesional... Entonces yo lo digo e insisto: *tienes que hacer esto*» (E1 m7)

Autoestima

«... siento que soy famosa... es que valgo algo... Yo no soy cero...» (EG1 m2)

«... siento que soy una mujer valorada... Puedo ayudar más. No solo aprender, sino enseñar también más a los demás» (E1 m2)

Cohesión social

«... Al principio algunas de las mujeres del grupo se enfadaban una con otra... con el paso del tiempo, bien» (EG2 m1)

«... En mi país no, pero aquí yo sentía que no estaba integrada. Ahora... conozco a mucha gente...» (EG2 m2)

Influencia e impacto en la red social

Comportamientos para cuidar la salud

«... les he enseñado cosas que (antes) no sabían, de anticonceptivos, de cuidado en niños... amigas, vecinas y mujeres que no conozco... que van al parque con sus hijos» (EG1 m3)

«... Antes mi marido no sabía cómo colocar el preservativo... yo le explico a él cómo hacerlo... Mi cuñada también. No le iba bien la píldora. Y yo le dije que porqué no utilizaba el preservativo. Y ahora lo usan...» (EG1 m1)

«... en... todas las mujeres con las que he hablado que conozco... le dan más importancia a la salud que antes...» (E1 m2)

Tabla 4 (continuación)

Comportamientos en el acceso a servicios

«... la mujer que estaba embarazada de más de 4 meses y todavía no había ido a la matrona...» (temor a abortar por uso del ecógrafo) (EG1 m3)

«... he hablado con muchas mujeres que para no tener hijos estaban calculando los días y ahora desde que he hablado con ellas acuden al centro de salud sexual y reproductiva...» (EG2 m3)

«... Quitar a las mujeres el miedo de ir al centro de salud. Les cuesta ir... Es por miedo, no saber hablar» (EG2 m3)

Reorientación del trabajo de profesionales de la salud

Aproximación población-profesionales

«... Hemos ayudado también a matronas, a pediatras... en la traducción... sentimos que hemos facilitado la comunicación entre ellos... hacemos un esfuerzo para traducir cuando acompañamos a otras amigas y familiares al médico...» (EG1 m3)

«... dos chicas que no tienen papeles. Una de ellas estaba enferma y fue a urgencias y no la cogen... la acompaño a hablar con... la trabajadora social y le da la tarjeta sanitaria...» (EG1 m1)

Cambios percibidos por las agentes de salud en ellas

Las mujeres señalaron disponer de nueva información sobre salud, anticoncepción, embarazo y parto, conocer más servicios sanitarios y profesionales. Además tenían la percepción de que esta información era útil y la vinculaban con comportamientos de autocuidado adquiridos. Es común el uso de los adverbios de tiempo «antes» y «ahora» que expresan estos cambios (tabla 4).

La formación-acción se muestra efectiva en la medida que los temas sobre los que refieren haber adquirido información y comportamientos coinciden con los impartidos (tabla 1) y, simultáneamente, las mujeres incorporan identidad como «agentes de salud», estableciendo relaciones de ayuda entre iguales (tabla 4), convirtiéndose en «referentes en salud» y siendo coherentes entre lo que dicen y hacen. La frase «... si queremos hacer un cambio, el cambio ha de partir de nosotras, de mí misma...» expresa el hilo conductor de la formación-acción de RIU: promover cambios desde «nosotras» como grupo, pero también desde cada participante y en su red. Las mujeres se sentían capacitadas, con responsabilidad para hacer recomendaciones (tabla 4) y «mediar» entre población y profesionales facilitando la comunicación. No se observaron diferencias en sus discursos por edad, situación laboral o familiar. Otro cambio fue la mejora de la autoestima, expresado como evolución desde «yo no soy cero» a «siento que soy famosa» por «ser» agente de salud y reconocida socialmente. Autoestima, valoración social e identidad como agente de salud se potencian en RIU.

Cambios percibidos por las mujeres agentes de salud en su red

En el discurso se refleja la influencia de las agentes de salud en las personas cercanas y la cohesión percibida entendida

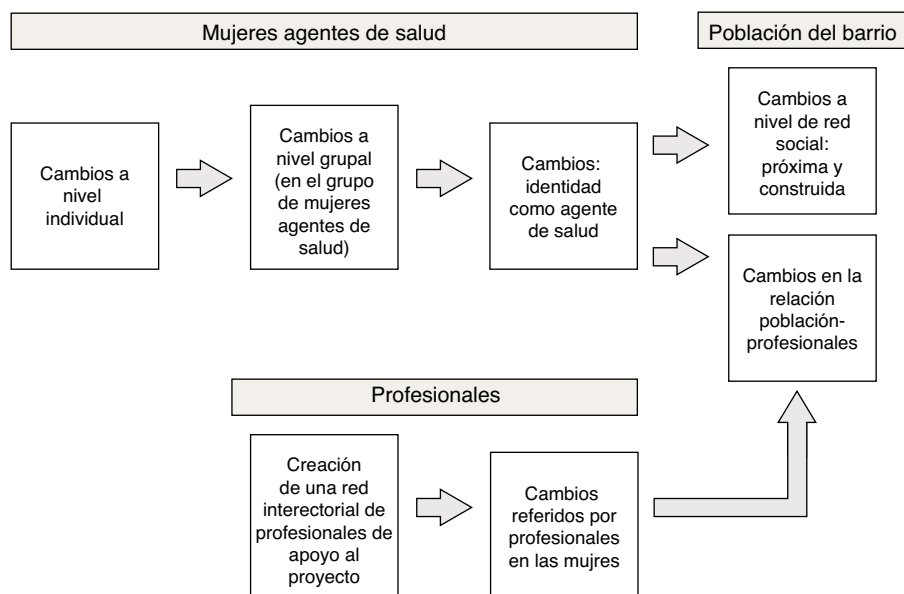


Figura 2 Tipos de cambio según el relato de las mujeres participantes y profesionales de la intervención RIU.

como el deseo de permanecer en el grupo resultado de las relaciones generadas (tabla 4).

Tras las acciones como agentes de salud las personas de su entorno ampliaron conocimientos y daban más importancia a la salud. Referían haber provocado cambios de comportamiento relativos al cuidado de la salud y acceso a servicios, especialmente los trámites para obtener la tarjeta sanitaria, acudir a urgencias y acceder al centro de salud sexual y reproductiva (tabla 4).

Cambios percibidos por el grupo de profesionales

Los profesionales expresaron su opinión más como observadores de lo acontecido que como parte del proceso. Identificaron en las mujeres un aumento de confianza hacia ellos, mejora en la relación población-profesionales en la consulta y que las agentes adquirieron visibilidad y reconocimiento (mención de la trabajadora social y el policía local que trabajan en el barrio).

No manifestaron cambios relacionados con la construcción de red intersectorial, la coordinación entre profesionales ni la incorporación de una perspectiva comunitaria o de PS en su trabajo. Valoraron positivamente el proyecto y expresaron su deseo de participar más activamente en futuras ediciones.

En la reorientación de sus tareas manifestaron que el proyecto había mejorado la programación de actividades de los centros en donde las mujeres realizaron talleres, y estos suponían oportunidades de encuentro entre personas de diferentes culturas y edades, pudiendo deconstruirse prejuicios. Manifestaron especial interés por la traducción e interpretación (árabe-español) en la consulta como herramienta facilitadora del trabajo.

Comparación de la información obtenida y recomendaciones de agentes de salud y profesionales

Hay relatos comunes sobre cambios en: anticoncepción, salud materno-infantil, acceso a servicios y relación población-profesionales. Estos cambios guardan relación directa con los temas de la formación y las acciones (tabla 1). Las recomendaciones formuladas por mujeres y profesionales fueron: presentar los resultados a los implicados; aumentar la participación de profesionales y agentes de diferentes culturas; incrementar el tiempo y temas formativos como los cuidados pediátricos en el primer año de vida; incentivar la asistencia y el trabajo de mediación de las mujeres; y conseguir la sostenibilidad del proyecto. En cuanto a dificultades algunos profesionales plantearon desconocer los fundamentos de la intervención, si era efectiva y cuál era el papel de las agentes de salud y su complementariedad con las actuaciones profesionales. Las mujeres identificaron como aspectos a mejorar «la no presencia de niños en las sesiones» y cómo lograr mayores cambios de actitudes y comportamientos, en especial con hombres.

Comparación con otros estudios sobre intervenciones similares

Los cambios identificados (fig. 2) son congruentes con los esperados de los programas *outreach*¹⁹, pero abarcan más dimensiones. RIU se basa en modelos orientados al empoderamiento^{16,17,22,28} que tratan de ayudar a las personas a identificar sus necesidades y adquirir habilidades y autoconfianza para actuar de manera efectiva generando salud. En RIU los protagonistas son las personas y el empoderamiento pretende ser comunitario, aumentando su capacidad para transformar la realidad. Los resultados

contribuyen a demostrar que es posible transferir a la práctica el modelo de PS en un microentorno.

Existen intervenciones basadas en la educación entre iguales con resultados similares. En España una acción para prevenir el VIH en población inmigrante fue útil para superar barreras de acceso a la información y los servicios, adaptando los mensajes al contexto cultural²⁹. Igualmente, el programa de PS en comunidad gitana de Navarra obtuvo resultados en empoderamiento, reducción de prejuicios entre profesionales y población, mayor comprensión y aceptación³⁰. En Europa en 65 ciudades de Alemania obtuvieron resultados comparables³¹.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

RIU desarrolla las capacidades de quienes participan, sus habilidades sociales y de liderazgo, autoestima y reconocimiento social. El proyecto provoca experiencias de aprendizaje y difusión de lo aprendido en el entorno social de las agentes de salud, generando cambios en el cuidado de su salud y mejora del acceso y uso de los servicios sanitarios; proporciona acercamiento, comunicación y comprensión entre población y profesionales.

Una de las fortalezas del estudio es haber obtenido información de las mujeres en varios momentos de intervención y combinar los enfoques individual y grupal. Los cambios se mantienen en los 2 momentos de observación. Además, son las personas participantes quienes informan de estos cambios, cómo los experimentan y desde qué contexto. Como limitación solo se obtuvo información de los profesionales al finalizar la intervención, y no se contempló recabar la opinión de las mujeres que no finalizaron la formación-acción ni de quienes participaron en las acciones de las agentes. Se considera conveniente utilizar para ello la entrevista grupal.

Otra limitación fue no contemplar la devolución de resultados a los informantes. Este aspecto, junto con las mejoras en la recogida y análisis de la información, se incorporaron en siguientes ediciones RIU.

Parte del equipo investigador es, a su vez, motor de la intervención, y ello obliga a ser prudentes en la interpretación de resultados y en su uso para mejorar la intervención y demostrar su utilidad. En este sentido la coherencia entre los cambios percibidos por profesionales y agentes de salud indica que el sesgo de deseabilidad social es mínimo.

El estudio se realiza en el contexto de una intervención comunitaria y no es un diseño de investigación separado de ella. Esto añade complejidad y se requieren recursos para fortalecer la evaluación en intervenciones participativas, pero también genera innovación y conocimiento desde la práctica. La utilidad de este trabajo estriba en su capacidad de añadir conocimiento usando investigación vinculada a la acción para reducir desigualdades³.

Los principales retos de futuro son conseguir la sostenibilidad del proyecto, seguir incorporando los enfoques participativos a la investigación en salud y monitorizar y evaluar su impacto.

Otra información relevante

El *Proyecto* RIU fue incluido como modelo de buena práctica en el informe de «Avanzando hacia la equidad: propuesta

de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España»¹³ del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2010 y recibió el premio de Calidad e Igualdad de este ministerio en 2011. Este trabajo se seleccionó como ponencia en la mesa de experiencias del XII Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la SemFYC celebrado en Palma de Mallorca en 2010.

Este artículo forma parte del doctorado en ciencias de la salud de Dory Aviñó y será usado, con el permiso de todos los autores, en su tesis doctoral por compendio de artículos.

Financiación

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ayuntamiento de Algemesí.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Lo conocido sobre el tema

Se han realizado propuestas de acción para reducir desigualdades en barrios en donde se acumulan desventajas en salud.

Han de ser intervenciones prácticas, que respondan a necesidades concretas, basadas en modelos valorados positivamente y con enfoques participativos.

Se necesitan estudios que identifiquen los cambios producidos por las intervenciones de promoción de la salud llevadas a cabo en estos entornos.

¿Qué aporta este estudio?

Se describe la valoración y los cambios percibidos que produce el *Proyecto* RIU como intervención basada en el modelo de promoción de la salud a través de la formación-acción de agentes de salud en un barrio de elevada vulnerabilidad y en 2 grupos implicados: población y profesionales.

Los principales cambios identificados son el fortalecimiento de capacidades y habilidades personales, mejora de la autoestima, cohesión social y empoderamiento de las personas participantes, el impacto en su red social en autocuidados y acceso a servicios sanitarios y la aproximación población-profesionales.

El estudio describe los resultados de una intervención para reducir desigualdades en salud en microespacios complejos, barrios en situación de vulnerabilidad, a través de una metodología sistematizada y transferible.

Agradecimientos

A todas las personas que hacen posible el *Proyecto RIU*, especialmente las agentes de salud y profesionales de la red intersectorial. A Arantxa Grau por sus comentarios y recomendaciones. A Concha Colomer (x), por apoyar y creer que el auténtico *saber transformador* está en las propias personas.

Bibliografía

1. ZNTS. Zonas con necesidades de transformación social. Red de Profesionales de Atención Primaria [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [consultado 26 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.znts.es/pages/preguntasfrecuentes>
2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
3. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2008;22:465–73.
4. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
5. La Parra D. Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano. 2009 [consultado 26 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm#estudioEPG>
6. Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano. Salud y Comunidad Gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
7. Regidor E, Sanz B, Cruz P, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23:4–11.
8. Ros Collado M, Ollé Rodríguez C. Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. En: La prevención de la infección del VIH/sida en la población inmigrante. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 86–8.
9. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Pereda Riguera C, Rodríguez Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:209–20.
10. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud, reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [consultado 26 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE.2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>
11. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Subsancar las desigualdades en una generación: informe final Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
12. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
13. 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.
14. DETERMINE Consortium. The story of DETERMINE: Mobilising action for health equity in the EU. Brussels: EuroHealthNet; 2010.
15. NICE public health guidance. Community engagement to improve health [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consultado el 26/03/2012]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH009Guidance.pdf>.
16. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
17. Restrepo H. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Informe técnico presentado en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud 9-10 de junio de México. Washington: OPS. OMS; 2000.
18. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promot Educ*. 2007;14:17–22.
19. Menoyo Monasterio C. Estrategias de prevención del VIH/sida y otras ITS en la población inmigrante. En: La prevención de la infección del VIH/sida en la población inmigrante. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 65–72.
20. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:854–7.
21. Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró R, Bosch C, Ramo I, Palop V, et al. Proyecto RIU: un riu de cultures, un riu de salut. Una propuesta de intervención en salud en entornos vulnerables. *Comunidad*. 2011;13:34–7.
22. Colomer C, Alvarez-Dardet C. Promoción de la salud: concepto estrategias y métodos. En: Colomer C, Álvarez-Dardet C, editores. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001. p. 27–45.
23. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2004;18:158–67 [consultado 4 Oct 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400025&script=sci_arttext&tlng=e.
24. Observatorio de la vulnerabilidad urbana. Portal de suelo y políticas urbanas [Internet]. Ministerio de Fomento [consultado 8 Oct 2012]. Disponible en: http://siu.vivienda.es/portal/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=41&Itemid=75&lang=es
25. Guasch O. Observación participante. Cuadernos metodológicos 20. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2002.
26. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociología; 2007.
27. Minayo MCS. Desafío do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ª ed Rio de Janeiro: Hucitec; 2000.
28. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923–58.
29. Mazarrasa Alvear L, Blázquez Rodríguez M, Martínez Blanco M, Castillo Rodríguez S, Llácer Gil de Ranales A. Promoción de la salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales. La prevención de la infección del VIH/sida en la población inmigrante. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 73–83.
30. Perez Jarauta M, Goya Arive MA, Merino Merino B. Spain: Health promotion among Navarre ethnic minorities programme. Poverty and social exclusion in the European region: Health systems respond [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. p. 178–87.

- [consultado el 26 Mar 2012]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf.
31. Salman R, Weyers S. Germany: With migrants for migrants. Poverty and social exclusion in the WHO European region: Health systems respond [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. p. 52–63 [consultado el 26 Mar 2012]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf.