



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA**

**Departamento de Economía y Ciencias Sociales**

**Programa de Doctorado en Economía y Gestión de la Salud**

**“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”.**

**Autora: Manuela Alcaraz Quevedo**

**Directores: Dr. David Vivas Consuelo**

**Dr. Joan J. Paredes i Carbonell**

**Septiembre 2015**



**Dedicatoria:**

A mis padres Manuela y Vicente, por su apoyo incondicional y a mi hija Laura, con la que he aprendido muchas cosas de la vida.

A mi familia, amigas y amigos, por su cercanía y entrañable compañía.

A todas ellas y todos ellos, muchas gracias.



**Agradecimientos:**

Al Doctor David Vivas Consuelo, director de esta tesis doctoral, por su profesionalidad, acogida y estímulo para la realización de esta tesis.

Al Doctor Joan Paredes Carbonell, director de esta tesis doctoral, por su colaboración, orientaciones y enseñanzas en la realización de esta tesis doctoral.

Por último a todas y todos mis compañeras/os, que de una u otra forma han colaborado en la construcción de esta tesis, en especial a: Felipe Hurtado Murillo, Carla Sancho Mestre, Vicent Caballer Tarazona y Pilar López Sánchez y a todo el personal del CIEGS.

A todos y a todas quiero expresar mi agradecimiento.



## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	10
ÍNDICE DE TABLAS .....	12
RESUMEN .....	14
SUMMARY .....	17
RESUM.....	20
CAPÍTULO I. PREÁMBULO.....	23
CAPÍTULO II. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	30
II.1.Centro de Salud Pública de Valencia. El Programa MIHSALUD en el contexto de la planificación en salud pública .....	31
II.1.1.Niveles de planificación .....	31
II.1.2. Entorno normativo y organizacional.....	33
II.1.3.Programa mihsalud .....	34
II.1.3.1.Características generales .....	34
II.1.3.2. Ámbito y población objetivo del programa .....	39
II.1.3.3. Objetivos del Programa mihsalud .....	40
II.1.3.4. Líneas de actuación del programa mihsalud.....	43
II.2 Salud y determinantes sociales de la salud.....	52
II.3 Equidad en salud .....	57

II.4.PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	65
II.4.1.Concepto y Conferencias Internacionales de Promoción de la salud .....	65
II.4.2. La promoción de la salud, la salud pública y la medicina ...	68
II.4.3. Políticas salutogénicas y activos para la salud .....	70
II.4.4. Algunas estrategias de Promoción de la salud .....	73
II.5.PARTICIPACIÓN COMUNITARIA / EMPODERAMIENTO.....	79
II.5.1. La teoría del empoderamiento .....	79
II.5.2.Participación comunitaria/empoderamiento .....	82
II.5.2.1. Conceptos y características.....	82
II.5.2.2. Algunas experiencias de participación en salud .....	89
II.6. GÉNERO Y SALUD .....	94
II.6.1. Conceptos.....	94
II.6.2. Marco normativo .....	96
II.6.3. Mainstreaming/transversalidad de género .....	98
II.6.4. Evaluación del impacto del género .....	100
II.6.5.Concepto de violencia de género .....	102
II.6.6. Violencia de género (VG) y sistema sanitario .....	103
II.6.7. Violencia de género e inmigración.....	105
II.7. Inmigración, Interculturalidad y Mediación Intercultural.....	107
II.7.1. Inmigración y salud .....	107



II.7.2. Características de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia .....	114
II.7.3. Mediación Intercultural .....	115
II.8. La evaluación en programas de promoción de la salud e intervención comunitaria .....	118
II.8.1. Conceptos de la evaluación en salud .....	118
II.8.2. Niveles de evaluación .....	125
II.8.2.1. La evaluación operativa .....	126
II.8.2.2. La evaluación táctica .....	126
II.8.2.3. La evaluación estratégica .....	130
II.8.3. La evaluación y la investigación evaluativa .....	131
Tabla II.2. y Tabla II.3. ....	132
II.8.4. Proyecto EVALIPS (Evaluación de Intervenciones Participativas en Salud) .....	140
II.9. Métodos para la evaluación económica de proyectos de promoción de la salud .....	144
II.9.1. El enfoque análisis coste-efectividad .....	145
II.9.2. El enfoque valoración y análisis contingente .....	156
II.9.2.1. Definición de la metodología .....	157
II.9.2.2. Aplicaciones al ámbito sanitario .....	160
II.9.3. El enfoque análisis multicriterio y modelos matemáticos .....	163
II.9.3.1. Modelos de optimización .....	165

II.9.3.2. Modelización matemática del comportamiento .....	168
II.9.3.3. Ejemplo de modelo de modelo matemático dinámico de análisis del proceso de empoderamiento.....	169
CAPÍTULO III OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DE LA TESIS .....	174
III.1. Objetivos .....	175
III.1.1. Objetivo General .....	175
III.1.2. Objetivos Específicos.....	175
III.2. ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL.....	176
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	179
IV. 1. Introducción .....	180
IV.2. MÉTODOS.....	180
IV.2.1. Diseño del estudio .....	181
IV.2.2. Población a estudio.....	181
IV.2.3. Instrumentación.....	181
IV.2.3.1. Fuente de información y recogida de datos .....	181
IV.2.3.2. Variables .....	184
IV.2.4. Análisis estadístico.....	186
IV.3. Resultados.....	186
CAPÍTULO V. ....	193

EVALUACIÓN ECONÓMICA Y DEL IMPACTO DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL.....	193
V.1. Introducción.....	194
V.2. Lógica de la intervención del programa.....	199
V.2.1.Objetivos y resultados esperados.....	199
V.2.1.1.El objetivo principal .....	199
V.2.1.2.Los objetivos específicos.....	199
V.2.1.3.Resultados esperados .....	199
V.2.2. Actividades.....	200
V.2.2.1.Actividades de mediación intercultural en salud .....	200
V.2.2.2. Actividades de formación de profesionales en competencia intercultural y atención a la salud (a través de la EVES) .....	200
V.2.2.3. Actividades de acción comunitaria .....	201
V.2.3. Beneficiarios y entidades participantes.....	201
V.2.3.1. Población objetivo .....	201
V.2.3.2.Entidades participantes .....	202
V.2.4. Recursos.....	203
V.3. Identificación de actividades principales .....	204
V.3.1. Actividades de mediación intercultural en salud.....	204
V.3.1.1. Mediación intercultural individual.....	205
V.3.1.2. Conversaciones informales.....	205

V.3.1.3. Puntos informativos.....	206
V.3.1.4.Talleres.....	206
V.3.2. . Actividades de formación de profesionales en competencia intercultural (a través de la EVES).....	207
V.3.3. Actividades de acción comunitaria .....	208
V.3.3.1.Curso de formación acción de agentes de salud de base comunitaria (ASBC) .....	209
V.3.3.2. Foros: 2º martes salud (mensual). En el CAI del Ayuntamiento de Valencia.....	210
V.3.3.3. Dinamización del territorio (En colaboración con el Ayuntamiento de Valencia).....	212
V.4. Como medir los beneficios y resultados .....	213
V.4.1. Medida de los resultados / impacto .....	213
V.4.2. Medir la efectividad del proceso/estrategia.....	216
V.5. Evaluación económica del proyecto MIHsalud.....	217
V.5.1. Análisis de costes del programa .....	218
V.6. Evaluación del impacto de la actividad de la atención individual de la mediadora intercultural .....	225
V.6.1. Introducción.....	225
V.6.2. Métodos.....	226
V.6.2.1. Tipo de estudio .....	226
V.6.2.2. Ámbito y duración .....	226
V.6.2.3. Evaluación de los cambios en conducta anticonceptiva	226

V.6.2.4 Análisis de costes ahorrados.....	229
V.6.3. Resultados.....	234
V.6.3.1. La auditoría de Historias Clínicas .....	234
V.6.3.2. Las entrevistas a mujeres atendidas por el Servicio de Mediación Intercultural .....	238
V.6.3.3. El análisis de los costes ahorrados.....	243
<b>CAPÍTULO VI. EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL (PROYECTO EVALIPS) .....</b>	<b>247</b>
VI.1. Introducción .....	248
VI.2. Métodos.....	249
VI.2.1 La evaluación participativa en el programa mihsalud .....	249
VI.2.2. Construcción de la matriz de evaluación .....	250
VI.2.3. Ejecución de la matriz .....	255
VI.2.4. Análisis .....	257
VI.3.Resultados.....	258
VI.3.1 Diseño .....	258
VI.3.2 Proceso .....	266
VI.3.3 Resultado .....	271
<b>CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN .....</b>	<b>276</b>
<b>VII.1. DISCUSIÓN DEL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD .....</b>	<b>277</b>

VII.2. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DE LA ATENCIÓN INDIVIDUAL DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL.....	282
VII.3. EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO.....	285
VII.4. COMPLEJIDAD DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	289
VII.5. EVALUACIÓN PARTICIPATIVA.....	291
VII.6. DISCUSIÓN GENERAL .....	295
CAPITULO VIII. CONCLUSIONES.....	303
BIBLIOGRAFÍA.....	306

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: II.1. 6º Curso de acciones comunitarias 2012/13.....	46
Figura 2: II.2. Marco de determinantes sociales de la salud .....	54
Figura 3: II.3. Elementos de los determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud.....	55
Figura 4: II.4. Esquema explicativo de las desigualdades en salud ....	58
Figura 5: II.5. Principios y estrategias para desarrollar la Carta de Ottawa para la promoción de la salud .....	67
Figura 6: II.6. Punto informativo, realizándose conversación.....	74
Figura 7: II.7. Trabajo en red del programa mihsalud .....	76
Figura 8: II.8. Taller de salud, educación entre iguales en el programa mihsalud .....	78
Figura 9: II.9. Vías de empoderamiento, participación comunicativa y control para la mejora de la salud.....	83
Figura 10: II.10. Dinamización comunitaria en el programa mihsalud .....	92
Figura 11: II.11. Capacidad de las personas y asociaciones para el cambio en mihsalud .....	93
Figura 12: II.12. Componentes de la evaluación de los programas de salud y sus relaciones.....	128
Figura 13: II.13. Modelo de análisis de proceso de empoderamiento .....	172
Figura 14: IV.1. Población por sexo atendida por la mediadora intercultural.....	180

Figura 15: IV.2. Datos sociodemográficos y motivos de derivación a MI.....	182
Figura 16: IV.3. Factores e vulnerabilidad detectados por la MI .....	182
Figura 17: IV.4. Intervención y derivación de la MI.....	183
Figura 18: IV.5. Diagrama de flujo del estudio sobre mujeres atendidas en el servicio de mediación intercultural .....	187
Figura 19: IV.6. Nivel de estudio de las mujeres atendidas por la MI .....	188
Figura 20: V.1. Árbol de decisión de alternativas.....	229
Figura 21: V.2. Estimación de costes.....	245
Figura 22: V.3. Histograma de resultados de la simulación .....	246



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: II.1. Amenazas a la validez interna de las intervenciones ..	133
Tabla 2: II.2. Diseños evaluativos en evaluación de resultados .....	133
Tabla 3: II.3. Glosario de términos utilizados en la evaluación de la efectividad en salud pública.....	134
Tabla 4: IV.1. Características sociodemográficas de las mujeres atendidas por .....	190
Tabla 5: IV.2. Profesionales que remiten, motivos de derivación, problemas detectados por las mediadoras, tipos de intervención y derivaciones del servicio de mediación .....	192
Tabla 6: V.1. Población de la ciudad de Valencia según el Padrón Municipal a 1 de enero de 2011.....	202
Tabla 7: V.2. Fuentes de Financiación desde julio 2007 a junio 2011.....	204
Tabla 8: V.3. Profesionales que han participado en actividades de competencia intercultural.....	207
Tabla 9: V.4. Cursos de Formación-Acción de Agentes de Salud de Base Comunitaria, participación y actividades en el periodo de prácticas .....	210
Tabla 10: V.5. Foros 2º Martes Salud (2008-2011): .....	211
Tabla 11: V.6. Actividades de dinamización en las 8 zonas.....	213
Tabla 12: V.7. Costes totales del programa de.....	220
Tabla 13: V.8. Costes anuales del programa .....	221
Tabla 14: V.9. Impacto de las conversaciones informales .....	223

Tabla 15: V.10. Personas que han participado en cada una de las actividades finales 2007-2011.....	223
Tabla 16: V.11. Costes medios por cada actividad final del programa.....	225
Tabla 17: V.12. Características sociodemográficas de las mujeres..	234
Tabla 18: V.13. Antecedentes gineco-obstétricos y sexológicos .....	235
Tabla 19: V.14. Cambios en la conducta anticonceptiva.....	236
Tabla 20: V.15. Embarazos, IVE y violencia de género posteriores a la intervención .....	237
Tabla 21: V.16. Estimación de los resultados de las alternativas.....	243
Tabla 22: VI.1. Matriz de evaluación del Servicio de Mediación Intercultural.....	254
Tabla 23: VI.2. Actores/actrices, entrevistas y grupos de discusión realizados .....	257

## **RESUMEN**

**Introducción:** Mihsalud (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud) es un programa de promoción de la salud y movilización social con perspectiva de género dirigido a poblaciones en situación de vulnerabilidad, especialmente las de origen latinoamericano en la ciudad de Valencia. Se definen tres líneas de actuación: mediación intercultural (MI) en salud, capacitación de profesionales en competencia intercultural y dinamización comunitaria. La MI tiene una doble función: la acción comunitaria y la atención individual.

**Objetivos:** Evaluar, desde la perspectiva social y económica, la atención individual proporcionada por el Servicio de Mediación Intercultural (SMI) del programa mihsalud durante el periodo 2008 a 2012.

**Metodología:** Estudio transversal descriptivo y analítico. La evaluación tiene tres componentes: 1) análisis de la efectividad, 2) evaluación económica y 3) evaluación cualitativa de cuarta generación y se ha centrado en las mujeres latinoamericanas (85 % de la población participante del programa). Se plantearon: 1) Dos estudios cuantitativos sobre la efectividad del SMI: uno, a partir del análisis de los episodios de 339 mujeres atendidas; y otro mediante una auditoria sobre una muestra de 26 historias clínicas de mujeres usuarias del SMI y atendidas en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR); 2) Una evaluación económica mediante Análisis de costes; y 3) Una evaluación participativa o de 4ª generación, en la que se realizaron 32

entrevistas individuales (25 mujeres y 7 hombres) y 4 grupos de discusión (22 mujeres y 6 hombres) y se trianguló la información con el análisis documental.

**Resultados:** La atención individual de la MI ha sido efectiva en la detección de casos de violencia de género (11.2 % de las mujeres) y problemas sociales (19.7%), en la instauración de una anticoncepción adecuada (65.3%) con la derivación al CSSR y a la matrona de Atención Primaria (AP) para el control del embarazo normal. La intervención ha supuesto un ahorro al sistema sanitario, en concreto una media de 696.76 € por mujer en un periodo de cuatro años. Las mujeres y los/as miembros de las asociaciones de población Inmigrante valoran como satisfactoria y útil, la consulta con la MI, mientras que los/as profesionales de AP no valoran su utilidad.

**Conclusiones:** La evaluación socio-económica realizada mediante la triangulación de los resultados de diferentes estudios, permite concluir: la conveniencia de continuar las atenciones individuales de las MI a las mujeres de mayor vulnerabilidad, la necesidad de mejorar la definición de los objetivos e indicadores para su evaluación y que la participación de evaluadoras/es externas/os e internos/as y de la propia población es una estrategia plausible y adecuada para la evaluación en promoción de la salud.

## **SUMMARY**

**Introduction:** Mihsalud (Women, Children and Men constructing health) is a program of health promotion and social mobilization with gender targeting vulnerable populations, especially those from Latin America in the city of Valencia. Intercultural mediation (MI) in health professional training in intercultural competence and community revitalization: Three measures are defined. The MI has a dual role: community action and individual attention.

**Objectives:** To assess, from a social and economic perspective, the individual attention provided by the Intercultural Mediation Service (SMI) of mihsalud program for the period 2008-2012.

**Methodology:** A descriptive cross-sectional study. The evaluation has three components: 1) analysis of effectiveness, 2) economic evaluation and 3) qualitative assessment of fourth generation and has focused on Latin American women (85% of the participating population program). Were raised: 1) Two quantitative studies on the effectiveness of SMI: one based on the analysis of 339 women treated episodes; and another by an audit of a sample of 26 medical records of women who use the SMI and treated at the Center for Sexual and Reproductive Health (CSSR); 2) An economic evaluation by Cost Analysis; and 3) A participatory assessment or 4th generation, in which 32 individual interviews (25 women and 7 men) and 4 focus groups (22 women and 6 men) were performed and the information is triangulated with the documentary analysis.

**Results:** Individual attention of MI has been effective in detecting cases of domestic violence (11.2% women) and social problems (19.7%) in the establishment of adequate contraception (65.3%) with referral to CSSR and the matron of Primary Care (PC) for the control of normal pregnancy. The intervention has saved the health, namely an average of € 696.76 per woman system over a period of four years. Women and / as members of associations Immigrant population assessed as satisfactory and useful, consultation with MI, while AP professionals do not value their usefulness.

**Conclusions:** The socio-economic assessment made by triangulating the results of different studies, leads to the conclusion: the desirability of continuing the individual attention of MI women more vulnerable, the need to improve the definition of objectives and indicators for evaluation and that the participation of evaluators / is external / os and internal / as and the population itself is plausible and suitable for evaluation in health promotion strategy.



## **RESUM**

**Introducció:** Mihsalud (Dones, Infància i Homes construint salut) és un programa de promoció de la salut i mobilització social amb perspectiva de gènere dirigit a poblacions en situació de vulnerabilitat, especialment les d'origen llatinoamericà a la ciutat de València. Es defineixen tres línies d'actuació: mediació intercultural (MI) en salut, capacitació de professionals en competència intercultural i dinamització comunitària. La MI té una doble funció: l'acció comunitària i l'atenció individual.

**Objectius:** Avaluar, des de la perspectiva social i econòmica, l'atenció individual proporcionada pel Servei de Mediació Intercultural (SMI) del programa mihsalud durant el període 2008 a 2012.

**Metodologia:** Estudi transversal descriptiu i analític. L'avaluació té tres components: 1) anàlisi de l'efectivitat, 2) avaluació econòmica i 3) avaluació qualitativa de quarta generació i s'ha centrat en les dones llatinoamericanes (85% de la població participant del programa). Es van plantejar: 1) Dos estudis quantitius sobre l'efectivitat del SMI: un, a partir de l'anàlisi dels episodis de 339 dones ateses; i un altre mitjançant una auditoria sobre una mostra de 26 històries clíniques de dones usuàries del SMI i ateses al Centre de Salut Sexual i Reproductiva (CSSR); 2) Una avaluació econòmica mitjançant Anàlisi de costos; i 3) Una avaluació participativa o de 4<sup>a</sup> generació, en la qual es van realitzar 32 entrevistes individuals (25 dones i 7 homes) i 4 grups de discussió (22 dones i 6 homes) i es va triangular la

informació amb l'anàlisi documental.

**Resultats:** L'atenció individual de la MI ha estat efectiva en la detecció de casos de violència de gènere (11.2% de les dones) i problemes socials (19.7%), en la instauració d'una anticoncepció adequada (65.3%) amb la derivació al CSSR i a la llevadora d'Atenció Primària (AP) per al control de l'embaràs normal. La intervenció ha suposat un estalvi al sistema sanitari, en concret una mitjana de 696,76 € per dona en un període de quatre anys. Les dones i els / les membres de les associacions de població Immigrant valoren com satisfactòria i útil, la consulta amb la MI, mentre que els professionals d'AP no valoren la seva utilitat.

**Conclusions:** L'avaluació socioeconòmica realitzada mitjançant la triangulació dels resultats de diferents estudis, permet concloure: la conveniència de continuar les atencions individuals de les MI a les dones de major vulnerabilitat, la necessitat de millorar la definició dels objectius i indicadors per a la seva avaluació i que la participació de avaluadores / és externes / us i interns / es i de la pròpia població és una estratègia plausible i adequada per a l'avaluació en promoció de la salut.

## **CAPÍTULO I. PREÁMBULO**

*“La salud está profundamente influida por variables sociales; por tanto, no nos debe extrañar que sea un producto del cambio social. La promoción de la salud, a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo personas enfermas, al desarrollo de la salud y sus causas sociales y no sólo a lo biológico; que combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la participación y la autoayuda alejándose del paternalismo. No se trata, pues, de un servicio médico, sino de una actividad en el ámbito de la salud pública y las políticas sociales” (Colomer C et al., 1999).*

Mihsalud (*Mujeres, Infancia, Hombres construyendo Salud*) es un programa innovador que tiene entre sus objetivos la promoción de la salud y el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Valencia. Es un programa *outreach* o de alta difusión (Menoyo C, 2006) de promoción de la salud y movilización ciudadana en entornos urbanos dirigido a población en situación de vulnerabilidad. Lo novedoso del programa mihsalud es que es una intervención diseñada para reducir las desigualdades desde el propio sistema de salud, sostenida en el tiempo (se inició en 2007 y se mantiene en la actualidad) y que ha incorporado la evaluación durante todo su desarrollo.

La población diana en el periodo 2007-2011 ha sido la población latinoamericana de la ciudad de Valencia. La mediación intercultural ha supuesto una pieza clave en el programa. Las experiencias de mediación intercultural en el ámbito de la salud en nuestro contexto son escasas (Iniasta C et al., 2008) y desde el ámbito asistencial, ninguna desarrollada desde la perspectiva de la salud pública y la promoción de la salud tal y como contempla el programa mihsalud. Este aspecto, la mediación intercultural desde la acción en salud pública y la práctica de la promoción de salud supone un segundo elemento de innovación del programa.

Como toda actividad innovadora se ha trabajado con un alto nivel de incertidumbre, por lo que se plantea la necesidad de evaluar el programa en su conjunto y en particular la mediación intercultural.

La evaluación debe ser inclusiva y participativa y ha de contar con evaluadores internos y externos, como lo han sido en el caso de la evaluación de mihsalud, la Càtedra de Recerca Qualitativa de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y el Centro de Investigación Económica y Gestión Sanitaria de la Universidad Politécnica de Valencia, a través del Proyecto EVALIPS (Centro de Salud Pública, 2013).

Para la OPS, 2007, “los diseños evaluativos en promoción de la salud tienen que ser innovadores para hacer frente a la dificultad de establecer relaciones causales en intervenciones interdisciplinarias, complejas y de múltiples objetivos. Es conveniente utilizar un enfoque que triangule los productos de distintos modelos para lograr una evaluación sólida de diseños contrapuestos”.

En la evaluación de mihsalud se ha contado con las limitaciones de no disponer de un grupo control que permita medir la efectividad de las intervenciones (Nebot M, 2011), lo que ha sido de especial relevancia para la evaluación económica (Drummond

M et al., 1997). En la evaluación económica se han revisado posibles enfoques para la evaluación de un programa, como mihsalud, que tiene como objetivo el empoderamiento individual y comunitario de la población diana, en nuestro caso, la población latinoamericana de la ciudad de Valencia. Se ha realizado la contabilidad analítica del programa, logrando imputar costes a las actividades (López-Bastida, 2010), lo que si bien en el ámbito asistencial no supone ninguna novedad, en el ámbito de la salud pública no se había realizado en un programa de promoción de la salud, esto ha permitido plantear un modelo de simulación de los posibles costos ahorrados.

La evaluación participativa (Guba GG et al., 1989) del programa ha sido fruto de la colaboración del equipo de evaluación de la UAB y los/as técnicos/as del programa, los equipos directivos, los equipos profesionales de la práctica y la población beneficiaria. Durante el proceso se ha utilizado un “enfoque multimétodo ya que las preguntas de evaluación han sido fruto de la participación de distintos actores y han posibilitado un amplio margen para la utilización de distintas técnicas cualitativas y cuantitativas” (Cabria A, 2008). Esta amplitud de planteamientos permite ir más allá del proceso evaluativo, al no juzgar la intervención por sus objetivos explícitos o resultados tangibles, sino por toda la complejidad que despliegan sus prácticas.

La evaluación incorpora la perspectiva de género en la recopilación, análisis e interpretación de los resultados, teniendo en cuenta las circunstancias de partida diferenciales y desiguales entre mujeres y hombres, lo que permite emitir juicios sobre el mérito o valor del programa, también teniendo en cuenta la modificación de las relaciones de género promovidas por el mismo (Soriano I, 2008)

De hecho, la evaluación realizada se ha centrado en las mujeres latinoamericanas que han sido el 85 % de la población participante del programa. Se han realizado dos estudios cuantitativos sobre la efectividad de la intervención individual del Servicio de Mediación Intercultural, a partir del análisis de los episodios de 339 mujeres atendidas y otro mediante una auditoria sobre una micromuestra de 26 historias clínicas de mujeres usuarias del Servicio de Mediación Intercultural y atendidas en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva, que ha permitido la evaluación del impacto y una evaluación económica: Análisis de costes. En la evaluación participativa, para responder a las preguntas generadas en la matriz de evaluación se realizaron 32 entrevistas individuales (25 mujeres y 7 hombres) y 4 grupos de discusión (22 mujeres y 6 hombres) y se triangulo la información con el análisis documental.



El objetivo de esta tesis es evaluar desde la perspectiva social y económica la mediación intercultural en un programa de promoción de salud y participación ciudadana: programa mihsalud, contribuyendo con ello a aportar evidencias de cómo prestar una atención de calidad a la población inmigrante.

El Capítulo II de la tesis comprende una revisión de los antecedentes y estado actual del tema, que comienza con una descripción del Centro de Salud Pública de Valencia y la Sección de Promoción de la Salud, de dónde parte y se desarrolla desde 2007 el programa mihsalud. En los apartados siguientes se describen los ejes y fundamentos del programa: determinantes sociales de la salud, equidad, promoción de la salud, participación comunitaria y empoderamiento, perspectiva de género; inmigración, interculturalidad y mediación intercultural; y evaluación.

En el Capítulo III se enuncian los objetivos de la tesis y se explica su estructura.

En los Capítulos IV, V y VI se presentan la metodología y los resultados de los estudios de evaluación realizados desde la perspectiva de la triangulación de metodologías: Análisis de la Actividad del Servicio de Mediación Intercultural, Evaluación económica y del impacto de la atención individual de la

mediadora intercultural y Evaluación participativa de la Mediación Intercultural.

En el Capítulo VII se realiza una discusión global de los resultados y en el Capítulo VIII se presentan las conclusiones.

**CAPÍTULO II. ANTECEDENTES Y ESTADO  
ACTUAL DEL TEMA**

## II.1.CENTRO DE SALUD PÚBLICA DE VALENCIA. EL PROGRAMA MIHSALUD EN EL CONTEXTO DE LA PLANIFICACIÓN EN SALUD PÚBLICA

### II.1.1.Niveles de planificación

Pineault R. (1990) define planificación de la salud como:

“Un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridades establecido, permitiendo elegir la/s soluciones óptimas entre diferentes alternativas; esta elección toma en consideración el concepto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro.”

La planificación debe ser carácter dinámica y adaptarse a las situaciones cambiantes y los factores no previstos. La planificación lógicamente se verá influida por el contexto social y político en que se desarrolla.

Concluye Pinault R. (1990): “un/a planificador/a eficaz debe ser a la vez un buen técnico/a, que funda su credibilidad en la experiencia y competencia técnica y también un buen estratega que comprende, integra y manipula el contexto sociopolítico de la planificación”

Si se considera la planificación según el nivel del proceso, se distingue o se diferencia:

- Planificación normativa. Es la que se realiza por los gobiernos, ministerios, etc.
- Planificación estratégica. Frente a lo ideal está lo posible. Su producto son los Planes de Salud que realizan las Comunidades Autónomas.
- Planificación táctica. La estrategia de intervención ya ha sido definida. Su producto es el programa y el proyecto. Los programas y proyectos pueden desarrollarse desde centros hospitalarios, de atención primaria o de salud pública.
- Planificación operativa. Aquí se fijan objetivos operacionales y las actividades concretas a realizar para la implantación del programa por los/as agentes implicados/as.

Un programa de salud es un conjunto de actividades organizadas que se propone llevar a cabo para conseguir un resultado definido en una población (Pinault R, 1990). Esta definición pone en relieve los elementos de un programa, que son:

- Los resultados objetivos que se quieren conseguir.
- Las actividades a realizar y los recursos a movilizar para conseguir los objetivos.
- La población para la cual el programa ha sido concebido.

## II.1.2. Entorno normativo y organizacional

La Ley 4/2005 de Salud Pública de la Comunidad define la “Salud Pública como 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”.

En la citada ley, la estructura organizativa de la salud pública se articula en 5 áreas de trabajo: epidemiología, salud alimentaria, promoción de la salud, salud laboral y salud medioambiental; siendo una área transversal a todas ellas, la investigación en salud pública.

A nivel organizativo, en la Ley se definen dos niveles:

1) La Dirección General de Salud Pública (DGSP), que se sitúa a un nivel de planificación estratégica, elabora el plan de salud de la Comunidad Valenciana, la cartera de servicios, etc.

2) Los Centros de Salud Pública de Departamento, actualmente existen 16, que reproducen las mismas áreas de trabajo que la DGSP y se sitúan a un nivel "meso" o de planificación táctica, cuyo producto es el programa.

El Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) cubre 5 Departamentos de Salud: Valencia Clínico-Malvarrosa, Valencia La Fe, Valencia Dr. Peset, Valencia Arnau de Villanova-Liria y Sagunto, atendiendo a más de un millón y medio de personas. El CSPV se creó en 1991 y se organiza en las siguientes secciones:

- Epidemiología
- Promoción de la salud
- Salud Laboral
- Gestión Administrativa
- Salud Alimentaria
- Laboratorio
- Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS)

Es en el CSPV y en concreto en la Sección de Promoción de la Salud de dónde parte el diseño y desarrollo del programa mihsalud.

La Sección de Promoción de la Salud está formada por 8 médicos/as de salud pública, 1 psicóloga, 8 enfermeras/os y 3 auxiliares administrativas.

### **II.1.3. Programa mihsalud**

#### **II.1.3.1. Características generales**

El programa mihsalud, surge de responder al objetivo fijado por la Dirección General de Salud Pública (DGSP) en 2006, de elaborar un proyecto de promoción de la salud y participación ciudadana por departamento de salud. Desde la Sección de Promoción para la Salud del Centro de Salud Pública (CSPV), tras un análisis de la situación de salud realizado en 2006 basado en la detección de necesidades y demandas sociales de la población

de la ciudad de Valencia, (Centro de Salud Pública de Valencia, 2006, Alcaraz M, 2010) se diseña el programa mihsalud (*Mujeres, Infancia, Hombres construyendo Salud*).

El objetivo general del proyecto de la DGSP es mejorar la salud de la población de los departamentos a través de la promoción de la salud y la participación de la propia población.

También fija que el proyecto debe realizarse en coordinación con la Agencia Valenciana de Salud (AVS) ya que ésta incluye la Promoción de la Salud como una estrategia de intervención y los recursos asistenciales de la AVS, fundamentalmente los de Atención Primaria, son claves en el desarrollo de las estrategias de Promoción de la Salud.

De acuerdo con las Líneas Estratégicas del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana y los objetivos fijados por la OMS Europa en la estrategia Salud XXI, actualizada en el documento estratégico Salud 2020, se concibió el programa mihsalud en el marco de la “equidad en salud, definida como la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables”; y en el diseño de estrategias para disminuir esas desigualdades en salud que, mayoritariamente, “se explican en función de la clase social, el sexo, el territorio, la etnia”.

El programa mihsalud encaja con los conceptos de igualdad y universalidad, atención especializada a los grupos sociales más vulnerables, accesibilidad, naturaleza integral del servicio,



participación, actualización dinámica y evaluación continua que son algunos de los principios informadores que se exponen en el Decreto 98/2009 de Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunidad Valenciana, actualizado en la Orden 10/2012 de 24 de julio de la Conselleria de Sanitat, desarrollando el epígrafe 1.7 de la misma. Asimismo, según esta Orden, se debe recoger la información suficiente para cumplir con el criterio de análisis de la eficiencia de las prestaciones incluyendo el impacto económico y organizativo.

El enfoque del programa es abierto, participativo e intersectorial, lo que se traduce en la participación de múltiples agentes; para su diseño se ha contado con la experiencia de profesionales de distintos ámbitos (sanitario y no sanitario); y para su implementación se han habilitado diferentes cauces, para considerar la opinión de los profesionales implicados y de la propia población en el desarrollo del mismo.

En 2006, se creó una comisión intersectorial, con representación de Salud Pública, Ayuntamiento de Valencia, la entonces denominada Conselleria de Inmigración, Atención Primaria y otras instituciones relevantes. Tras valorar diversas alternativas, se consideró como tema de actuación prioritario, la promoción de la salud en población inmigrante iberoamericana. Se priorizaron dos zonas básicas de salud, Ruzafa y Fuente de San Luis, que tenían una elevada proporción de personas

inmigrantes, destacando el porcentaje de población de origen latinoamericano, especialmente de Ecuador, Colombia y Bolivia. Se diseñó un proyecto piloto que se aprobó y se dotó presupuestariamente, iniciándose en julio de 2007. La sección de Promoción de Salud del Centro de Salud Pública de Valencia, lidera este programa con las siguientes líneas de actuación:

- 1) Mediación intercultural en salud
- 2) Capacitación de las y los profesionales de salud en competencia intercultural y atención a la diversidad
- 3) Acción comunitaria
- 4) Investigación orientada a la evaluación y la mejora.

Mihsalud es un programa innovador que tiene entre sus objetivos la promoción de la salud y el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Valencia. Es un programa *outreach* o de alta difusión (Menoyo C, 2006) de promoción de la salud y movilización ciudadana en entornos urbanos dirigido a población vulnerable. La acción comunitaria, se desarrolla a través del trabajo en red con asociaciones que trabajan con población en situación de vulnerabilidad. En el programa se desarrolla una metodología de educación entre iguales a través de periodos de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria (ASBC) para que actúen en la dinamización del territorio, utilizando como

herramientas: foros comunitarios, elaboración de mapas identificando recursos y población diana, activación de puntos informativos, realización de talleres grupales y conversaciones informales (CI). Son las asociaciones las que proponen a las personas para que se formen como educadores entre iguales (Paredes-Carbonell JJ et al, 2012).

Los/as profesionales de Salud Pública y Atención Primaria, junto con mediadoras interculturales, son los/as que facilitan este proceso de captación, formación y acción de ASBC provenientes del tejido asociativo (López-Sánchez P et al., 2013).

Incorporar la perspectiva comunitaria, supone considerar el papel activo de la población, asociaciones y otros sectores clave para generar salud, como ocurre en los programas *outreach* o de alta difusión o penetración (Menoyo C, 2006). Estos programas se muestran especialmente útiles en una sociedad cada vez más multipolar (Wordpress.com, 2013), donde las actuaciones en salud comunitaria han de ser más participativas y menos lineales (Álvarez-Dardet C, 2001).

En cuanto al enfoque de género, se asume, “el enfoque integrado de género en salud, con sus tres líneas: la de salud de las mujeres, la de desigualdades de género en salud y la línea de género como determinante de salud” (Velasco S, 2008).

### **II.1.3.2. Ámbito y población objetivo del programa**

Valencia, es la tercera ciudad española con mayor porcentaje de población extranjera (13,6%), después de Barcelona (17,4%) y Madrid (15,4%). En Valencia, del total de personas extranjeras, 43.620, un 42,22% son de origen latinoamericano y un 55,4% son mujeres. Dentro de esta población, los países más frecuentes son: Bolivia (25,95%), Ecuador (23,43%) y Colombia (17,75%) (Oficina Estadística del Ayuntamiento de Valencia, 2012). El programa mihsalud se diseñó para dar respuesta a esta realidad de diversidad cultural orientándose especialmente hacia las mujeres inmigrantes latinoamericanas.

El programa se puso en marcha, como experiencia piloto, en el año 2007-2010 en uno de los cinco departamentos de salud de cobertura del CSPV: Valencia Dr. Peset y dentro de este departamento, en 2 zonas básicas de salud. Los principales temas que se abordaron en esta experiencia piloto fueron la salud de la mujer, la salud infantil (especialmente el primer año de vida) y la salud sexual y reproductiva.

En el 2011 el programa se extendió al Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa, y se incorporó formalmente dentro de sus objetivos: la promoción de igualdad entre mujeres y hombres y la prevención de la violencia de género.

El programa se desarrolló y sigue desarrollándose en colaboración con 8 Centros de Atención Primaria (CAPs): Ruzafa, Fuente de San Luis, San Marcelino, Plaza Segovia, Salvador Pau, Nazaret, República Argentina y Serrería, y las asociaciones de población inmigrante, autóctonas y de minorías étnicas de toda la ciudad de Valencia.

### **II.1.3.3. Objetivos del Programa mihsalud**

Los objetivos del programa son:

#### **OBJETIVO GENERAL**

Promover la salud y el acceso a programas y servicios sanitarios de poblaciones en situación de vulnerabilidad social (población autóctona, minorías étnicas y población inmigrante) de la ciudad de Valencia.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Que las mujeres embarazadas pertenecientes a poblaciones en situación de vulnerabilidad accedan al programa de atención al embarazo, parto y puerperio de su Centro de Salud durante el primer trimestre del embarazo y se adhieran al programa de manera adecuada.
2. Que niños/as y jóvenes pertenecientes a poblaciones en situación de vulnerabilidad accedan al programa de atención al

niño/a sano/a de su Centro de Salud y a las actividades de educación para la salud dirigidas a este colectivo.

3. Que las mujeres y hombres pertenecientes a poblaciones en situación de vulnerabilidad accedan a métodos anticonceptivos a través de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

4. Que las mujeres y hombres se impliquen en actividades participativas de promoción de la igualdad y prevención de la violencia de género a nivel comunitario y en relación con la red de servicios de salud (protocolo de atención a la violencia de género en centros sanitarios de la Comunitat Valenciana).

5. Que los hombres participen en el programa de atención al embarazo, parto y puerperio de sus parejas y en el programa de atención al niño/a sano/a de sus hijas e hijos.

6. Que los hombres se impliquen en la crianza de sus hijos/as, especialmente en el primer año de vida, y en el reparto de las tareas domésticas en condiciones de igualdad con sus parejas.

7. Que ciudadanos y ciudadanas, preferentemente del tejido asociativo de la ciudad de Valencia, se capaciten como educadores entre iguales para promover la salud, los autocuidados, la igualdad entre mujeres y hombres y el acceso adecuado a los servicios sanitarios en el marco del Programa Valenciano de Protección a la Salud.

8. Que jóvenes de 18 a 21 años, preferentemente del tejido asociativo de la ciudad de Valencia, se capaciten como

educadores entre iguales para promover la igualdad entre hombres y mujeres, los autocuidados y el acceso adecuado a los servicios sanitarios y especialmente, de salud sexual y reproductiva.

9. Que las asociaciones y entidades de población vulnerable o que trabajan con población vulnerable en la ciudad de Valencia incorporen la promoción de la salud y el modelo de activos para la salud en sus actividades, proyectos o programas.

10. Que las asociaciones y entidades de población vulnerable o que trabajan con población vulnerable en la ciudad de Valencia se coordinen y trabajen en red junto con profesionales de atención primaria, salud pública y servicios municipales para promover la integración y cohesión social.

11. Que las personas, especialmente mujeres, de mayor vulnerabilidad por presentar IVEs de repetición, problemas de violencia de género, problemas sociales, etc., puedan acceder a una consulta individual de la mediadora intercultural (MI).

#### **II.1.3.4. Líneas de actuación del programa mihsalud**

##### **A. Mediación intercultural en salud.**

Ante la inexistencia de la figura de la mediación intercultural en el catálogo de puestos de sanitarios, desde el CSPV se procedió en 2008 a la contratación de una mediadora intercultural (MI) a través de una organización no gubernamental (ONG).

En mayo de 2010 se amplió a dos MI y desde el CSPV se concedió la prestación de los servicios de mediación a una ONG y se constituyó una comisión mixta de seguimiento.

El trabajo de las dos mediadoras se ha orientado hacia la dinamización comunitaria: activando puntos informativos en salud; reuniéndose personalmente en las sedes de las asociaciones; realizando conversaciones informales; planificando e impartiendo talleres en coordinación con agentes de salud ya formados y pertenecientes a distintas asociaciones.

Las mediadoras junto con los/as dos técnicos del programa, elaboraron un protocolo para atender individualmente a pacientes en situación de vulnerabilidad con el objetivo de seguir aportando información, orientación, consejo y acercamiento a los servicios de salud y específicamente, a los de salud sexual y reproductiva y atención a la violencia de género.

En febrero del año 2012, por cuestiones de financiación la ONG decidió no continuar con la contratación de las mediadoras, por



lo que sólo se han realizado desde entonces dos atenciones individuales a personas en situación de vulnerabilidad, por los propios técnicos del programa.

En 2014 el programa ha recibido financiación de la Obra Social de La Caixa, por lo que durante este año se contará con tres Agentes de Salud de Base Comunitaria y dos especialistas en enfermería familiar y comunitaria, que realizarán, entre otras, las funciones asignadas con anterioridad a las MI.

#### **B. Formación de las y los profesionales de salud en competencia intercultural.**

La primera actividad formativa fue en 2007, "I Jornada sobre interculturalidad y salud" con 200 participantes, entre profesionales y ciudadanos/as, seguida de la Jornada en 2009 en el Centro superior de investigación en salud pública (CSISP): "Salud y atención a la diversidad cultural: del conocimiento a la acción" dirigida a profesionales sanitarios/as.

También, como un impacto no previsto, se desarrolló la Semana Intercultural del centro de salud de Ruzafa en la que participaron 45 profesionales.

En la oferta formativa de la EVES se incluyeron durante 2009-2010, 2 Cursos de 40 hs con 26 participantes. Estos cursos se realizaban fuera del horario laboral y aunque fueron valorados muy positivamente por los participantes, se detectó falta de

motivación en los/as profesionales sanitarios/as para participar en un curso de 40 hs. fuera del horario laboral. Por tal motivo se reorientó la formación a la realización de talleres en los propios CAPs participantes en el programa, a ser posible dentro del horario laboral y dirigidos a todo el equipo. Se han realizado hasta 2012: 19 Talleres de 10 hs por taller con 157 participantes. Durante 2013 no se ha podido realizar esta actividad por no haber sido financiada por el plan de formación de la EVES.

Se realizan reuniones periódicas sobre el proyecto en cada centro de salud.

Desde 2010 se participa en la docencia y se explica el programa mihsalud, en el Máster de Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud de la Universidad Politécnica de Valencia y en el Máster Internacional de Migraciones de la Universidad de Valencia, alumnos de este último, han realizado prácticas en el programa mihsalud.

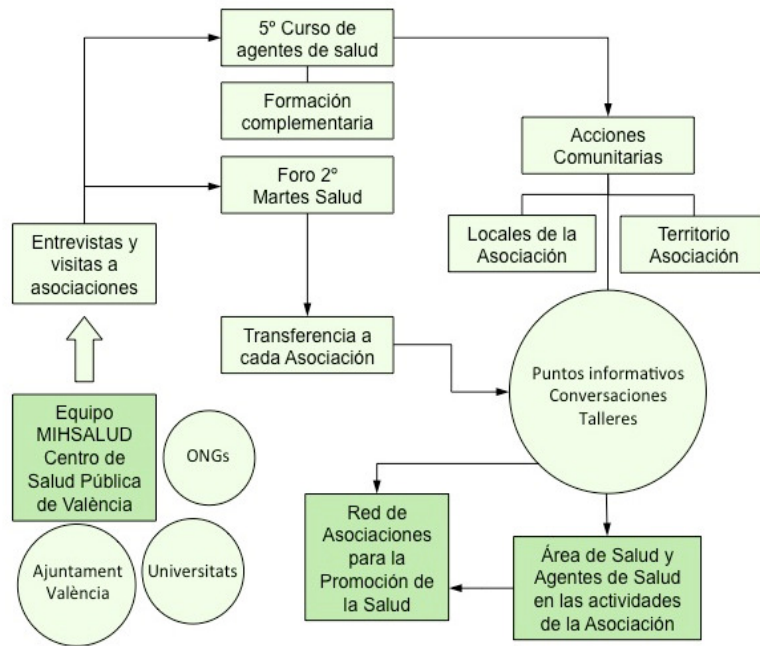
En 2013, se ha iniciado una colaboración con la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de Valencia en el desarrollo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) y han realizado prácticas en el programa 8 residentes de la especialidad de EFyC. Se ha acogido en el programa durante 2013 a una residente de EFyC de la Unidad Docente de Alicante que, de dentro de su período formativo,

solicitó realizar un rotatorio de su residencia de un mes de duración en el CSPV.

### C. Acción Comunitaria.

Cada año se elabora una planificación de la acción comunitaria para orientar las actividades del programa, la de 2013 aparece esquematizada en la siguiente figura:

**Figura 1: II.1. 6º Curso de acciones comunitarias 2012/13**



Fuente: Programa mihsalud

Inicialmente se elaboró un censo de asociaciones. Se contactó con ellas a través de visitas y reuniones con el equipo del programa: dos mediadoras interculturales y/o dos técnicas/os de salud pública. En el censo se identificaron 57 asociaciones.

Las herramientas para la dinamización comunitaria han sido: realización de mapas, activación de puntos informativos, realización de conversaciones informales y talleres. En los mapas en los que se identifican recursos y puntos de encuentro de la población diana: locutorios, peluquerías, restaurantes, tiendas, parques y jardines. Se contacta con las personas que regentan los establecimientos y se les invita a participar como aliadas, activando puntos informativos en sus locales. Un punto informativo es un espacio físico que se ubica en el establecimiento colaborador, identificado como tal mediante un cartel, dotado de material divulgativo y preservativos.

Las conversaciones informales, son diálogos sobre temas de salud que mediadoras y agentes, a partir de un guión previo y mensajes clave, introducen entre sus iguales en el ámbito informal (Alcaraz M et al., 2013)

Los talleres son sesiones de educación para la salud de 2 horas, realizados en grupos de 6 a 15 personas, por mediadoras o agentes. Conversaciones y talleres tienen como objetivos promover el acceso y la utilización adecuada de servicios; la mejora de la salud sexual y reproductiva, la salud de la mujer y

la infantil; la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, y la prevención de la violencia de género.

Los talleres grupales abordan 10 temas: salud y determinantes; acceso a los servicios de salud; sexualidad y relaciones de pareja, anticonceptivos y prevención de ITS/Sida; salud de la mujer y salud infantil (estos dos desde el año 2010); dos sobre promoción de la igualdad hombre-mujer (estos desde 2011); y uno sobre activos para la salud.

#### **D. Curso de Formación-acción de Agentes de Salud de Base Comunitaria (ASBC):**

Se basan en la estrategia de la educación entre iguales (López-Sánchez P et al., 2013, Mazarrasa L et al., 2006), se diseña y oferta anualmente un curso basado en el aprendizaje significativo; se alternan módulos de capacitación teórica y práctica (formación) con transferencia de la «práctica» recibida al ámbito asociativo y comunitario (acción). Al curso acceden personas con perfil de liderazgo propuestas por las asociaciones colaboradoras. El profesorado lo componen profesionales de AP, salud pública y mediación intercultural.

De febrero a junio de 2013 se ha llevado a cabo el 5º Curso de Formación-acción de 120 horas de duración (80 teóricas y 40 prácticas) en colaboración con la EVES. Hasta 2013 se han

formado un total de 81 ASBC, de las cuales 63 son mujeres y 18 hombres.

## **E. Otras Actividades**

### **Formación complementaria de agentes de salud**

Desde 2010 y con el objeto de mantener un vínculo y motivar la acción de los ASBC ya formados, se realiza una formación complementaria sobre diversos temas.

### **Concurso de Activos para Salud y la Convivencia. Exposición fotográfica.**

En 2012 se inicia esta actividad y en junio de 2013 se realizó el II Concurso de Fotografía sobre Activos para la Salud y la Convivencia dirigido a agentes de salud que han finalizado el 5º curso. Se presentaron 4 concursantes que presentaron un total de 47 fotos. El concurso tiene como finalidad que, mediante imágenes, las y los agentes de salud identifiquen Activos para la Salud y la Convivencia en la ciudad de Valencia

En los meses de noviembre y diciembre y a partir del fondo de fotografías de la I y II edición del concurso, se ha preparado e inaugurado una Exposición de Fotografías sobre de Activos. Esta exposición tiene como objetivo difundir el concepto de salud positiva y el modelo de activos para la salud en la Ciudad de Valencia. Se ha ofrecido a distintas asociaciones para que la

acojan la de forma itinerante a lo largo de 6 meses: de diciembre de 2013 a mayo de 2014. 11 asociaciones que han participado.

### **Proyecto de Dinamización Comunitaria en Salud de la ciudad de Valencia.**

Durante tres años se ha recibido una subvención del Ayuntamiento de Valencia concedida través a la asociación ACOEC, para la dinamización comunitaria en barrios de la ciudad, en los que se ha desarrollado de forma más intensa, los mapas comunitarios, las conversaciones informales, el contacto con líderes comunitarios y los talleres

### **Foros 2º Martes Salud.**

Se realiza los segundos martes de cada mes, de 17 a 19 horas. Se convoca por correo postal y electrónico a las asociaciones censadas con 2 semanas de antelación, realizándose recuerdo telefónico para confirmar asistencia y motivar la participación.

Se invita a una persona del ámbito técnico, profesional o comunitario para que exponga el tema (previamente consensuado) y lo modere. Su estructura es: presentación y exposición (30 minutos); análisis y reflexión en pequeños grupos (40 minutos); debate en asamblea (50 minutos); conclusiones y cierre (10 minutos) (Ronda E et al, 2013). Es un espacio de

intercambio de información, evaluación y devolución de resultados relativos al programa. Se elabora un acta y se recogen datos de asistencia que se registran en una base de datos. Hasta 2013 se han realizado 48 foros “los martes salud”, con una participación media de 14 a 22 personas (70 % mujeres), pertenecientes a 8 a 12 asociaciones, el 70 % de las asociaciones censadas han acudido alguna vez.

**Elaboración de la Guía “Salud en Nuestra Agenda” dirigida a las asociaciones.**

Con la colaboración de dos agentes de salud y una residente de enfermería familiar y comunitaria se ha elaborado una guía para la incorporación de la promoción de la salud en la agenda de las asociaciones.

**Investigación y evaluación orientada a la mejora.**

En 2011, se desarrolló el Proyecto EVALIPS de Evaluación del Programa mihsalud en colaboración con la Cátedra de Recerca Qualitativa de la UAB y del Centro de Investigación en Económica y Gestión Sanitaria de la Universidad Politécnica de Valencia, presentándose al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

En el último trimestre del año 2013, se preparó, diseñó y ejecutó un taller dirigido a los y las técnicos/as y responsables del



programa y una jornada para difundir los resultados del Proyecto EVALIPS abierta a profesionales y personas del ámbito asociativo.

## **II.2 SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud destaca determinados “prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos”, esto pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud, lo que se ha llamado los determinantes sociales de la salud (DSS).

Hoy en día, la dimensión espiritual de la salud es cada vez más aceptada y la OMS considera que “la salud es un derecho humano fundamental”.

Existen distintos modelos para explicar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y entender cómo se generan las desigualdades sociales en salud. Uno de los más utilizados ha sido el de Dalghren y Whitehead (figura II.2), que sitúa los factores que influyen en la salud en capas de cebolla:

- En blanco los factores que no pueden modificarse, la edad, el sexo y otros factores constitucionales.
  
- En amarillo claro los factores relacionados con los estilos de vida individuales, influidos por el amarillo oscuro, las redes sociales y comunitarias, y por las condiciones de vida y de trabajo, en naranja.
  
- En marrón, a nivel macro, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

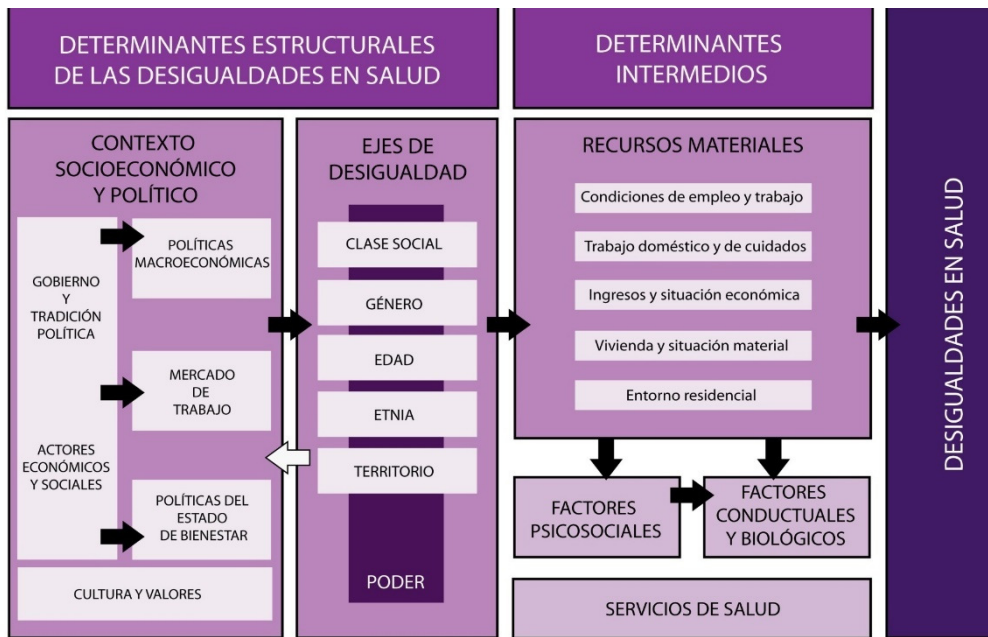
**Figura 2: II.2. Marco de determinantes sociales de la salud**



Fuente: Dalghren y Whitehead, 1991

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de reducir las inequidades en salud y recomendó, entre otras medidas, mejorar las condiciones de vida, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Siguiendo estas indicaciones y las de la Comisión para la Reducción de las Desigualdades en Salud de España, se elabora el modelo de determinantes estructurales y determinantes intermedios que explican las desigualdades en salud.

**Figura 3: II.3. Elementos de los determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud**



Fuente: Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2010

Los elementos que constituyen el modelo son:

- Los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, es decir el contexto socioeconómico y político en un sentido amplio, tradición política y sindical, políticas macroeconómicas, mercado laboral o cultura y valores y los ejes fundamentales de las desigualdades en salud: género, clase social, edad, etnia y territorio.

- Los determinantes intermedios condicionados por los determinantes estructurales y entre los que se distinguen los recursos materiales como empleo o vivienda, los factores psicosociales y de estilos de vida y los servicios de salud, que aunque no contribuyen mucho a las desigualdades en salud, “un menor acceso a ellos o menor calidad para las clases sociales más desfavorecidas, es una vulneración de los derechos humanos” (Borrell C et al, 2008)

Esto ha atraído la atención de los científicos sobre los DSS. Un paso más allá, es el informe "Los Hechos Probados" documento elaborado por el Centro para la Salud Urbana de la Oficina Regional de la OMS para Europa. El informe se basa en que hay evidencia de que, incluso en los países más prósperos, la esperanza de vida de las personas de clases sociales más desfavorecidas es bastante más corta que la de las personas clases sociales altas.

Los diez temas fundamentales en relación a los DSS abordados y sobre los que se aportan evidencias en el informe son:

1. La pendiente social
2. El estrés.
3. Los primeros años de vida.
4. La exclusión social.
5. El trabajo.
6. El desempleo.
7. El apoyo social.

8. La adicción.
9. Los alimentos.
10. El transporte.

El programa mihsalud asume el modelo de los DSS y considerando los ejes que explican las desigualdades en salud (género, clase social, edad, etnia y territorio), se propone intervenir sobre los determinantes intermedios especialmente factores conductuales, factores psicosociales, redes sociales y comunitarias y prestación de calidad de los servicios de salud, haciendo que sean accesibles hacia las personas más alejadas. mihsalud, al incorporar la perspectiva de género y de interculturalidad trata de generar equidad a través de las actividades del programa.

### **II.3 EQUIDAD EN SALUD**

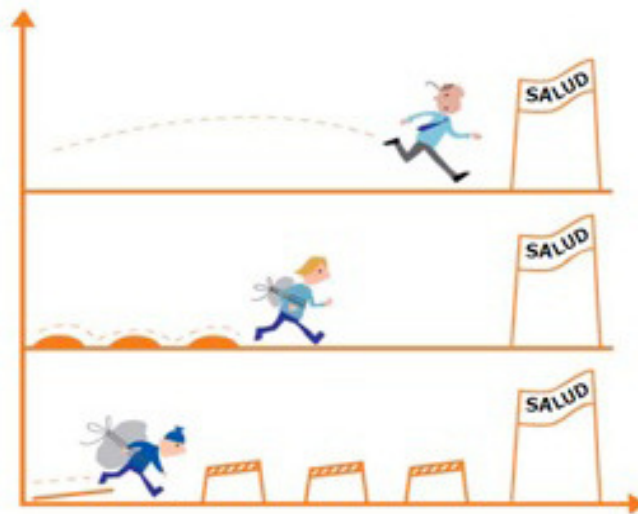
“La igualdad en salud es la ausencia de diferencias de salud, injustas y evitables”. La desigualdad en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, lo que se plasma en una peor salud para los colectivos socialmente menos favorecidos.

Como ya se ha comentado, los ejes fundamentales que explican las desigualdades en salud son: género, clase social, edad, etnia y territorio. (OMS, 2008).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la "Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud" (2012) afirma que "existen desigualdades sociales en salud tanto entre países como dentro de cada país o región". Se evidencia que, "cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene", siendo peor la salud a medida que bajamos "escalones" en la posición socioeconómica, es decir "la pendiente social".

La figura II.4 ilustra el concepto de gradiente social de la salud. Representa gráficamente como para alcanzar la salud algunos/as "tienen la carrera ganada", mientras que otros/as desde que nacen cargan con diferentes dificultades y tienen que "saltar obstáculos" durante toda su vida para alcanzarla.

**Figura 4: II.4. Esquema explicativo de las desigualdades en salud**



Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National Strategy to Reduce Inequalities in Health. Report N° 20 (2006-2007) to the Storting.

Estas desigualdades en salud pueden abordarse con políticas públicas que actúen sobre los DSS, que necesariamente han de ser multisectoriales y en las que “sector sanitario” a de jugar un papel de liderazgo, para convencer a otros sectores para intervenir de forma conjunta en la reducción de las desigualdades en salud (Borrell C et al., 2008). El sector salud además de garantizar el acceso universal a unos servicios de salud de calidad, a de trabajar conjuntamente con otras áreas de gobierno y con la sociedad civil, teniendo como eje el empoderamiento de la comunidad. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

En la guía se afirma que existen además “grupos de población especialmente vulnerables como las personas con bajos ingresos, las que no tienen empleo, las mujeres, las personas con problemas mentales, las personas con discapacidad, algunos migrantes o minorías étnicas como la población gitana y que un peor estado de salud de la población en su conjunto, y la existencia de desigualdades en salud, tienen repercusiones negativas para toda la sociedad, para el desarrollo social y para la economía de un país o región”.

Además, afirma que “las previsiones de salud asociadas a la actual crisis económica sugieren una tendencia al aumento de las desigualdades en salud si no se realizan intervenciones adecuadas para evitarlo”.



Hay que considerar dos conceptos complementarios para abordar las desigualdades en salud (Sierra I et al, 2008):

- población en situación de vulnerabilidad, que es un subgrupo que debido a unas características compartidas, tiene una mayor probabilidad de estar expuesta a diferentes riesgos

- entornos frágiles, barrios con mayor fragilidad, caracterizados por mayor deterioro ambiental y urbanístico y/o por estar habitados en mayor porcentaje por colectivos de población de mayor necesidad, como personas ancianas autóctonas, población inmigrante o población en riesgo de exclusión social

La OMS en “Salud para todos en el siglo XXI”, tiene como objetivo número 2 el desarrollo de políticas para disminuir desigualdades en salud: “Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos en cada país deberán reducirse al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”:

Salud 2020, es el marco actual de la política europea para la salud y el bienestar de la OMS, y afirma que el derecho a la salud implica el derecho a la equidad en los determinantes sociales de la salud y que la salud es un recurso fundamental para la vida de las personas, las familias y las comunidades.

Los objetivos estratégicos clave de Salud 2020 son la promoción de la salud, la reducción de desigualdades y la reorientación de los sistemas de salud centrados en las personas.

Se requiere la acción de todo el gobierno sobre las DSS para lograr avances en la equidad en salud “Salud en todas las políticas”.

El sector salud debe garantizar el acceso universal a servicios de salud de alta calidad, pero también tiene un papel de liderazgo a través de un enfoque integral para fomentar el desarrollo, trabajando con otras áreas de gobierno y con la sociedad civil, teniendo como eje el empoderamiento de la comunidad. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Dentro del desarrollo de la estrategia Salud 2020, se realiza el informe: “Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, 2013”, dirigido por el profesor Sir Michael Marmot, el informe se basa en la revisión de la evidencia global y la recomendación de políticas para la reducción de inequidades en salud y la brecha de salud en los 53 países de la Región.

En el informe se señalan los aspectos clave a abordar para la promoción de la equidad en salud y distinguen:

- Los determinantes sociales de la salud. Hay que abordar los determinantes intermedios como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, a su vez,

influidos por los determinantes estructurales. Como ya se ha descrito en el capítulo anterior mihsalud, asume el modelo de los DSS.

- Adoptar un enfoque de ciclo de vida para la equidad en salud. Hay una acumulación de ventajas y desventajas en todo el ciclo de vida. Entre las áreas temáticas de mihsalud sobre las que se realizan las diferentes actividades (mediación, conversaciones informales, talleres etc.) está la promoción de la salud en el embarazo, parto y puerperio y en los primeros meses/años de la vida.

- Existe un gradiente social en salud, es decir, la salud es cada vez mejor cuanto más alta la posición socioeconómica de las personas y comunidades. Para reducir el desnivel del gradiente social en salud, las acciones deben ser universales pero en una escala e intensidad proporcional al nivel de desventaja, lo que se ha dado en llamar universalismo proporcional. Desde mihsalud, objetivos como “mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y específicamente de salud sexual y reproductiva para la población en situación de vulnerabilidad, fundamentalmente población inmigrante y minorías étnicas, es un intento de abordar el universalismo proporcional.

- En relación con las personas más excluidas, es importante para hacer frente a los procesos de exclusión, no centrarse simplemente en las características particulares de los grupos

excluidos. La relación entre "acceso a servicios de salud" y "convivencia e interculturalidad" para generar equidad que es uno de los fundamentos del programa mihsalud.

- La necesidad de construir sobre los activos, que son la capacidad de recuperación, los recursos y la fuerza de los individuos y las comunidades para abordar los diferentes riesgos a los que están sometidos. Mihsalud desde su concepción ha desarrollado en enfoque de activos y desde 2011 forma parte de las actividades formativas y comunitarias del programa.

- La importancia de la equidad de género. Todos los determinantes sociales de la salud pueden afectar en función del género de manera diferente. Además de las diferencias biológicas de sexo, hay diferencias en derechos sociales fundamentales de las mujeres y los hombres y los activos y la capacidad de recuperación que tienen. También las relaciones de género, deben formar parte de las acciones tomadas para reducir las inequidades. Desde mihsalud se ha realizado formación en género, tanto del propio equipo técnico del programa, como de los/as ASBC y de la comunidad a través de los talleres y conversaciones informales, que incorporan mensajes clave sobre la igualdad entre hombres y mujeres y la prevención de la violencia de género. Los resultados siempre se analizan por sexo.

- Acciones para evitar la perpetuación de los riesgos para la salud de una generación a la siguiente. Políticas para evitar que la absoluta o relativa desventaja de los padres se perpetúe en la vida de sus hijos, nietos y posteriores generaciones.

En un estudio sobre las intervenciones para disminuir las desigualdades de salud en España (Diez E et al, 2004), se concluye que “la mayor parte de la información sanitaria no incluye análisis de desigualdades y aunque se han multiplicado los estudios sobre desigualdades, se han publicado muy pocas intervenciones y menos todavía estudios evaluativos”.

En el programa mihsalud, la equidad es un eje transversal que está presente en todas las acciones que se realizan y responde al diseño de programas/políticas públicas para disminuir las desigualdades en salud, interviniendo en poblaciones en situación de vulnerabilidad, especialmente población latinoamericana de la ciudad de Valencia pero desde una perspectiva integradora y de género, lo novedoso del programa mihsalud es que es una intervención diseñada para reducir las desigualdades en salud y que se ha evaluado.

## II.4.PROMOCIÓN DE LA SALUD

### II.4.1.Concepto y Conferencias Internacionales de Promoción de la salud

La OMS\* definió la “Promoción de la salud como el proceso para capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren”.

En 1991 el concepto se amplía a “hacer más saludable.el ambiente físico y social en el que viven.”

“La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas” (OMS, Glosario Promoción salud, 1998).

La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la salud de Ottawa, en 1986 definía como áreas prioritarias de intervención:

- Construir políticas públicas saludables
- Crear ambientes que favorezcan la salud
- Desarrollar habilidades personales
- Reforzar la acción comunitaria
- Reorientación de los servicios de salud

Y considera como estrategias fundamentales:

- Acciones legislativas
- La educación para la salud
- Desarrollo comunitario
- Acción intersectorial

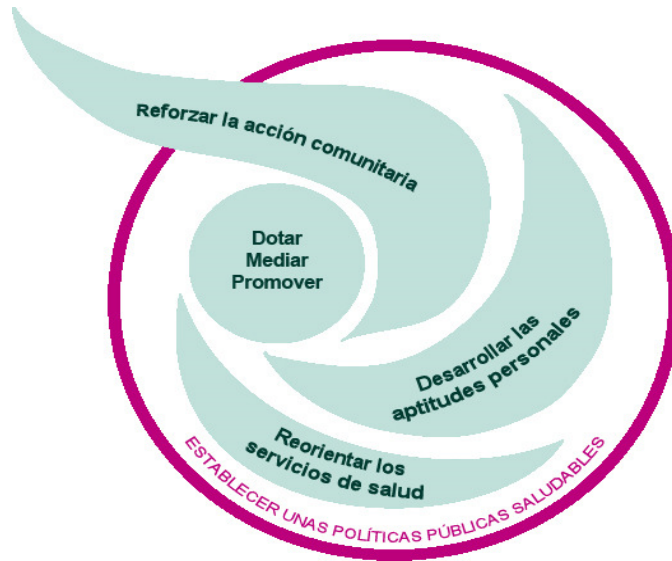
Las propuestas deben contestar a tres preguntas:

- “¿Dónde se crea la salud?”
- ¿Qué inversiones y estrategias producen las mayores ganancias en salud?
- ¿Qué inversiones y estrategias ayudan a reducir las desigualdades en salud? “

En promoción de la salud es indispensable desarrollar un trabajo intersectorial, contar con profesionales de distintos campos y trabajar conjuntamente con las personas y comunidades.

Las posteriores Conferencias Mundiales de promoción de la salud, celebradas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Ciudad de México, Bangkok (2005) y Nairobi (2009), han ido desarrollando las estrategias fijadas en la Carta de Ottawa.

**Figura 5: II.5. Principios y estrategias para desarrollar la Carta de Ottawa para la promoción de la salud**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Carta de Ottawa

La 8ª y última Conferencia Mundial de promoción de la salud que se ha celebrado en 2013, en Helsinki, se ha centrado en el enfoque Salud en Todas las Políticas (STP). La conferencia planteaba entre sus objetivos “el impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia STP y avanzar con ello en la implementación de las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS”. La Declaración de Helsinki sobre STP hace un llamamiento a los gobiernos para que incorporen la salud y la equidad en salud en sus agendas.



## **II.4.2. La promoción de la salud, la salud pública y la medicina**

“La promoción de la salud (PS), es parte integral de las funciones esenciales de la medicina, definidas para el siglo XXI, y una de las responsabilidades primordiales de la salud pública moderna” (González-Molina J, 2002).

Coincidimos con el autor en que la promoción de la salud como ciencia necesita de evidencias, pero su desarrollo tiene que ver en muchos casos con el arte.

El arte de la promoción de la salud hace referencia a la activación de los/as profesionales, población y políticos/as para el fomento de unas políticas públicas saludables, que faciliten a la sociedad vivir saludablemente.

El enfoque científico se basa en la información sobre los determinantes de la salud y la selección de indicadores de monitorización del proceso y de medida de la efectividad de las intervenciones, pero “dada su complejidad es difícil seleccionar indicadores y la metodología para la obtención de evidencia, los ensayos clínicos, difícilmente son aplicables a la promoción de la salud”.

El autor define que, la promoción de la salud aplica tres estrategias fundamentales: a) la educación para la salud; b) la movilización social para lograr la participación en salud, y c) la abogacía o defensa pública de la salud para desarrollar políticas públicas saludables.

“Los y las profesionales del sector salud pueden jugar un papel muy importante en la movilización social teniendo en cuenta el conocimiento que poseen sobre los determinantes de la salud y el poder que tienen como formadores de opinión”.

“Se requiere para lograrlo de una socialización del conocimiento técnico científico, dando lugar a la adquisición de habilidades que permitan la toma de decisiones en favor de la salud y de resistir las presiones del medio para lo cual resulta fundamental los procesos educativos formales e informales así como del uso de los sistemas de comunicación social”.

Desde el programa mihsalud, tanto la formación de Agentes de Salud de Base Comunitaria, y las actividades que ellas y ellos realizan, como los foros mensuales los “Segundos Martes Salud” pretenden contribuir a la socialización del conocimiento técnico.

En las diferentes Conferencias Internacionales de promoción de la salud se afirma que la promoción de la salud no puede reducirse al fomento de los estilos de vida saludables, sino que

también tiene actuar sobre el entorno fomentando los espacios saludables desde la vivienda, al barrio, la escuela o la empresa.

La promoción de la salud debe pretender que la salud sea un movimiento social, reconociéndose su papel en el bienestar y la necesaria alianza con otros sectores sociales, haciéndolos partícipes de los resultados obtenidos.

La educación para la salud ha tenido un impacto variable, pero es evidente que este impacto es mayor si se acompaña de medidas estructurales, como la legislación o las mejoras en las condiciones de vida.

Se observa una gran distancia entre las Conferencias Internacionales de Promoción de la salud y la práctica. Habría que reflexionar sobre la necesidad de que las/os profesionales del ámbito técnico y directivo tengan las competencias prácticas para “hacer” o “liderar” procesos de promoción de la salud.

#### **II.4.3. Políticas salutogénicas y activos para la salud**

Por otro lado, Álvarez-Dardet C et al. (2001), se preguntan si son posibles las políticas salutogénicas y revisan que Morgan y Ziglio introducen el término en inglés de *assets*, para definir los recursos salutogénicos de las comunidades, en castellano se suele traducir por "activos", aunque también puede traducirse por patrimonio.

Para Morgan y Ziglio (2007), un activo para la salud se puede definir como “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad e los individuos, las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar”.

Los activos en salud se clasifican en tres niveles atendiendo al ámbito de su contribución a nuestro bienestar:

- Individual o personal: valores internos positivos, capacidades, talentos, también una persona en concreto puede ser un activo para su comunidad.
- Comunitario, grupal o asociativo: familias, amistades, asociaciones vecinales, ciudadanas, etc.
- De espacios naturales, infraestructuras e instituciones: huertos urbanos, carreteras, parques, escuelas, centros de salud etc.

Álvarez-Dardet (2001) afirma que “paradójicamente a lo que destila el concepto de promoción de la salud, este se ha basado en la identificación de problemas y necesidades de las poblaciones, lo que siendo preciso para determinar los recursos y servicios profesionales sanitarios y sociales requeridos, define a los individuos y a las comunidades en términos negativos”.

El autor que propuso poner el acento en todo aquello que genera salud e introdujo el término de "salutogénesis" fue Antonovsky, poniendo en evidencia que la mirada a la salud desde "un modelo de déficits" podía cambiar y valorar los recursos con que cuentan los individuos.

Como refieren Rivera et al. (2011) lo importante para Antonovsky es que "las personas sean conscientes de su capacidad de utilizar los recursos de resistencia (dinero, conocimiento, experiencia, autoestima, hábitos saludables, compromiso, apoyo social, capital cultural, inteligencia, tradiciones y la visión de la vida), lo que da a las personas ventajas para afrontar los retos vitales y construir experiencias coherentes. Este es el concepto que Antonovsky denominó el sentido de la coherencia (SOC)".

La perspectiva de activos abre una "nueva manera de entender el trabajo en salud pública como un aprovechamiento cada vez más sofisticado del patrimonio de salud que ya tienen nuestras sociedades". (Álvarez-Dardet C et al., 2001).

El programa mihsalud tiene un enfoque salutogénico y está trabajando con activos en salud (formación, mapa de activos, etc.).

#### **II.4.4. Algunas estrategias de Promoción de la salud**

“Durante décadas, la promoción de la salud, la educación sanitaria, las intervenciones comunitarias y las acciones políticas dirigidas a crear entornos saludables se han considerado actividades poco científicas, bien intencionadas, de métodos inciertos y evaluaciones inexistentes, o, en su caso, de resultados débiles e inconsistentes”(Diez E et al,2005).

Hay grupos activos de promoción de la salud en EE.UU., Europa y Australia y se acepta que la promoción de la salud tiene por objetivo modificar los determinantes de la salud, tanto los del entorno como los individuales, a través de acciones desde distintos sectores.

Los/as autores/as defienden que “en la medida en que las conductas de las personas pueden relacionarse con el 40% de muertes evitables, las características genéticas con un 30%, las circunstancias sociales con el 15%, los problemas relacionados con la atención sanitaria con el 10% y las exposiciones ambientales con el 5%, parece claro que las conductas emergen como los determinantes clave a modificar”.

La promoción de la salud está avanzando en lo que han sido sus puntos débiles la calidad de las intervenciones y la evaluación.

Las teorías para explicar los cambios en los determinantes de la salud, hay que buscarlas en muchas ocasiones en otras disciplinas como la sociología, la psicología o las ciencias de la comunicación.

Estrategias como el “marketing social” dirigidas a influir sobre el comportamiento individual con el objetivo de mejorar el bienestar, tienen su base en la teoría cognitivo-social y la comunicación persuasiva.

En mihsalud los puntos informativos en salud, tienen un cartel identificativo, folletos y preservativos, se activan en locales públicos y asociaciones y también se utilizan para realizar conversaciones informales en salud, constituyen sin lugar a dudas una estrategia de marketing sanitario.

**Figura 6: II.6. Punto informativo, realizándose conversación**



Fuente: Programa mihsalud

En los modelos interpersonales, “la red social se ha definido como una telaraña de relaciones sociales centrada en la persona”. La utilización y fomento de las redes sociales es otra estrategia para promover la salud.

“El capital social recoge aspectos de las relaciones sociales como la confianza entre los/as ciudadanos/as y en las instituciones, las normas de reciprocidad y ayuda mutua y la participación en grupos que facilitan la acción colectiva para conseguir beneficios mutuos”.

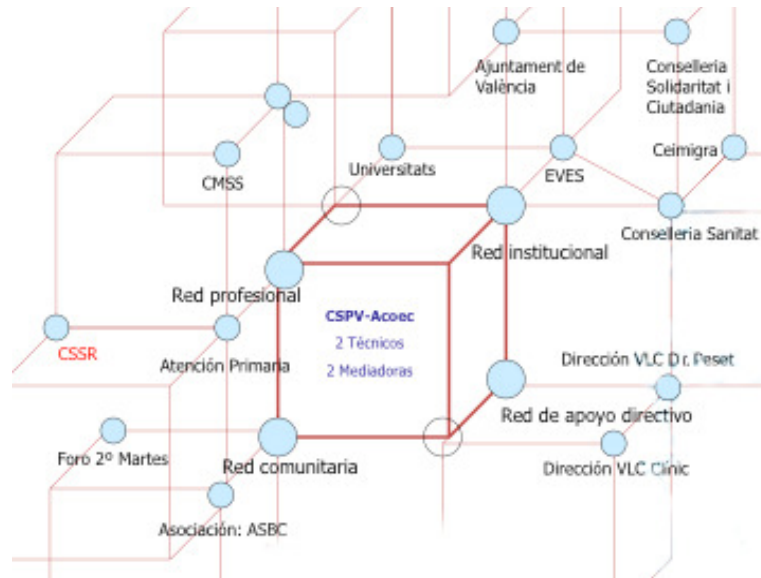
La participación de la comunidad en el diagnóstico y la resolución de los problemas de salud y la teoría del empoderamiento (Musitu, G. 2004), entendida como la capacitación y activación individual y colectiva para el afrontamiento de la salud, son conceptos clave para la potenciación del capital social (NICE, 2008).

En esta línea hay que valorar estrategias innovadoras como la metodología del trabajo en red (Gerhenson, C., 2011, Molina, J. L., 2005) basada en la estructura horizontal y que es efectiva para compartir información y de aprender de la experiencia del otro, evitando duplicidades y facilitando el efecto multiplicador de las acciones.



Las redes se generan a partir de pequeños grupos de individuos u organizaciones con objetivos compartidos. Las redes pasan por un proceso de maduración en el que se van generando proyectos conjuntos, publicaciones o encuentros.

**Figura 7: II.7. Trabajo en red del programa mihsalud**



Fuente: Programa mihsalud

Por otro lado, Díez E et al., también describen en los modelos individuales, “el modelo transteórico de las etapas del cambio, desarrollado por Prochaska y DiClemente, y afirman que es uno de los modelos más populares en estos momentos”, se basa en que tratar a todas las personas del mismo modo diluye el impacto. Se basa en la hipótesis “que la persona adopte una

conducta puede predecirse por sus actitudes hacia ella, sus percepciones acerca de los beneficios que le comportará y, también, de lo que cree que sus iguales, colegas o personas relevantes de su entorno opinan sobre ese comportamiento”.

Por otro lado el aumento de las necesidades y demandas en salud hace que para los/as políticos/as, planificadores/as y profesionales conceptos como: coordinación, intersectorialidad e incluso complementariedad entre profesionales, instituciones, iniciativa social, pública y privada, aparecen como estrategias de gestión necesarias.

La práctica de la promoción de la salud considera a la población como principal recurso para generar salud, tal y como ocurre en los programas *outreach* o de alta difusión (Menoyo C, Ros M, 2006), que es la característica del programa mihsalud. Estos programas se muestran especialmente útiles en una sociedad cada vez más multipolar (wordpress.com 2005), donde las actuaciones en salud comunitaria han de ser más complejas y menos lineales (Alvaraz-Darcet, 2001).

Una estrategia básica en el programa mihsalud es la promoción de la salud. Dentro de este amplio concepto, se han contemplado aspectos de intersectorialidad: salud pública, atención primaria, Ayuntamiento de Valencia, Universidades,

etc.; trabajo en red con asociaciones de población inmigrante y participación comunitaria: foros comunitarios, talleres, etc.; modelos de intervención individual como las conversaciones informales o la atención individual de la mediadora intercultural. Actualmente se está trabajando en la incorporación de la salud a la agenda de las asociaciones (salud en todas las políticas) y en el enfoque de activos en salud.

**Figura 8: II.8. Taller de salud, educación entre iguales en el programa mihsalud**



Fuente: Programa mihsalud

## II.5.PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EMPODERAMIENTO

### II.5.1. La teoría del empoderamiento

Según la OMS, empoderamiento es el proceso que hace posible que las comunidades incrementen el control sobre sus propias vidas. Con el empoderamiento las personas tienen mayor control sobre los factores y decisiones que comparten en sus vidas. “Hacer posible” implica que si las personas no son “empoderadas por otros”, solo pueden ser empoderadas por ellas mismas adquiriendo más poder en formas diferente. Según esta definición “empoderar” va más allá de la mera participación, compromiso o integración. En la literatura anglosajona encontramos para mencionar esto las palabras *participation, engagement, involving*. (WHO, 2009)

“La teoría del empoderamiento o fortalecimiento trata de vincular el conjunto de condiciones personales y sociales que hacen posible la participación con el bienestar de las personas” (Musitu G, 2004).

“El interés del empoderamiento se centra en la influencia mutua que se produce entre la persona y el sistema en que se desarrolla. Ampliar la unidad de análisis de intervención en los sistemas sociales a las interrelaciones que se producen entre el

entorno y la persona, conlleva de manera implícita la idea de que la intervención implica una acción preventiva que busca promover y movilizar recursos y potencialidades que posibiliten a las personas, al grupo o la comunidad a adquirir dominio y control sobre sus vidas” (Musitu G, 2004).

La perspectiva del empoderamiento supone la adopción de un modelo de colaboración entre la comunidad y el/la profesional basado en el diálogo horizontal que considera al primero como participante y al segundo como colaborador, refutando el modelo de ayuda paternalista centrado en cliente y experto/a (Musitu G, 2004).

Montero (2010) ha definido fortalecimiento (empowerment), desde la perspectiva comunitaria, como “el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad o un grupo desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida en un momento específico; actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de las condiciones que juzgan negativas o que deben ser modificadas según sus necesidades y aspiraciones, logrando al mismo tiempo una transformación propia”.

Por otra parte, Fawcett et al (Montero M, 2006), plantean un modelo contextual-conductivo del fortalecimiento, donde éste

es considerado como un “proceso que, a la vez que es individual o psicológico, constituye también una experiencia grupal. El modelo consta de tres dimensiones: la persona y el grupo, el ambiente y el nivel de fortalecimiento”. El fortalecimiento representa una función de la interacción entre factores asociados con la persona o grupo y ciertas características del ambiente. En este sentido, es un modelo transaccional, por cuanto hay aspectos del ambiente que afectan las acciones fortalecedoras, influyendo así en los individuos y grupos cuyas acciones a su vez pueden modificar el ambiente.

Partiendo de los factores que consideran influyentes, se plantea que es necesario actuar para optimizarlos, quitando o disminuyendo las causas de tensión o estrés y las barreras que impiden el desarrollo y bienestar de las comunidades; aumentando en el nivel personal las experiencias positivas y desarrollando capacidades, y en el caso de los apoyos y los recursos, actuando para fomentar el acceso y contacto con sus fuentes (Montero M, 2006).

Las acciones de mihsalud van dirigidas al empoderamiento individual (Ej. Empoderamiento de las mujeres latinoamericanas en salud sexual y reproductiva en la consulta individual de la Mediadora Intercultural) y colectivo, como los foros “los martes

salud” que suponen un modelo de colaboración entre la comunidad y el profesional basado en el diálogo horizontal.

## **II.5.2.Participación comunitaria/empoderamiento**

### **II.5.2.1. Conceptos y características**

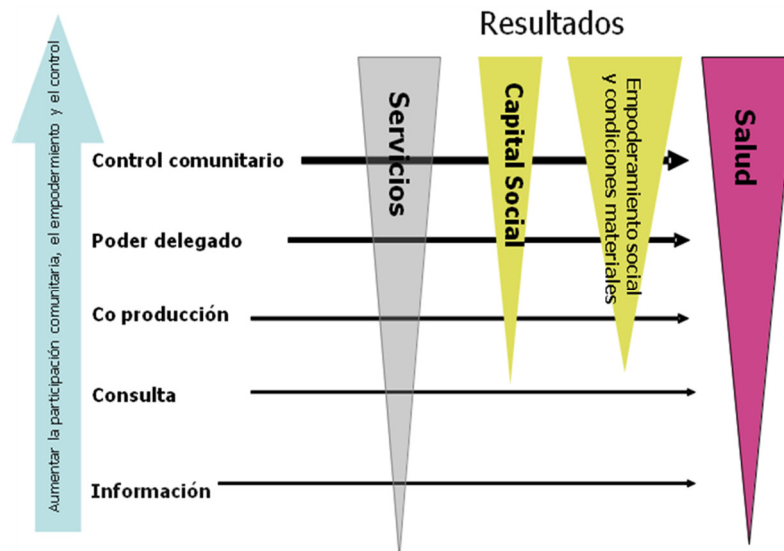
Según la Carta de Ottawa, “la acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud”. Esta definición guarda estrecha relación con la teoría del empoderamiento (Musitu, G., 2004).

“La participación comunitaria es un medio y un instrumento necesario para mejorar la salud de la población, y aumentar la capacidad de intervención sobre los Determinantes Sociales de Salud. La participación en salud no debe centrarse exclusivamente en los servicios sanitarios, sino también abarcar otros sectores y condiciones sociales directamente relacionadas con el estado de salud de la población y sus condiciones de vida”.

Construir una mejor gobernanza no es posible sin una nueva cultura de participación. “Facilitar la participación de las comunidades y de la sociedad civil en el diseño de las políticas públicas, en el seguimiento de su implantación y en su evaluación es esencial para fortalecer la sostenibilidad de las

intervenciones y para asegurar que las mismas responden a las necesidades de la población”.

**Figura 9: II.9. Vías de empoderamiento, participación comunicativa y control para la mejora de la salud**



Adaptado de: Popay J. Community empowerment and health improvement: the English experience. En: Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in a global context. London: Springer, 2010:186-8

Popay distingue 5 etapas para incrementar la participación, el empoderamiento y el control para mejorar la salud. El primer paso sería la información, es necesario mejorar la información de la ciudadanía sobre el proceso salud-enfermedad, los determinantes sociales de la salud y las capacidades y recursos (activos), con que los individuos y las comunidades cuentan. A. Segura, 2010, afirma que “la percepción de la población sobre la



información que se les proporciona desde los servicios sanitarios públicos es de insuficiencia”.

La etapa de consulta, un ejemplo sería el consentimiento informado, las encuestas de satisfacción o la consulta sobre la adecuación de las intervenciones comunitarias. La coproducción de saberes se produce cuando hay una confluencia entre lo “técnico” y la ciudadanía en la elaboración de propuestas, recomendaciones para mejorar la salud, como sucede en la educación entre iguales o el paciente experto; el siguiente paso sería la delegación de poder, el sector sanitario cede poder a la comunidad en la toma de decisiones y el último escalón, sería el control comunitario.

La Guía NICE número 9, 2008, sobre "Community Engagement to improve health" afirma que el aumento de la participación puede mejorar la salud, pero también puede mejorar otros aspectos de la vida de las personas, como el aumento del sentido de pertenencia a una comunidad (capital social), dándoles poder y mejorando su sensación de bienestar. La participación, afirman, puede aumentar la confianza, la autoestima y la autoeficacia (la creencia de una persona en su capacidad de tener éxito) y también dar más confianza en los órganos de gobierno, mediante la rendición de cuentas y profundización

democrática, contribuyendo a desarrollar y mantener el capital social.

Afirma A. Segura, 2010, que “la motivación primaria para participar depende de la obtención de algún beneficio tangible que compense el esfuerzo y que frente al auge del individualismo, las convocatorias para incrementar la participación cívica y aumentar la creación de capital social podrían ser el antídoto conveniente para la mejora del buen gobierno, a través de actividades conjuntas de resolución de conflictos y problemas por parte de los ciudadanos en las organizaciones, entidades y comunidades. Nos habla de una recreación de la comunidad, recuperada como piedra angular para la mejora de las condiciones sociales. También afirma que ya que el tamaño de las poblaciones impide la recuperación de la democracia directa al estilo ateniense de la Grecia clásica –una limitación que está por ver si las tecnologías de la información y la comunicación permiten superar– se impone idear, proponer y, desde luego experimentar, alternativas e innovaciones participativas.”

La participación en salud, también hay que enmarcarla en la multisectorialidad y la salud en todas las políticas. También hay que considerar que “el sistema sanitario puede contribuir al

fomento de la participación ciudadana en la sanidad y en la salud o, por el contrario, a enajenarla”.

La necesidad de participación también está presente en el ámbito asistencial, programas como el del “paciente experto, enfocado fundamentalmente a las enfermedades crónicas, buscan mejorar la eficacia y la satisfacción mediante la participación activa de los pacientes en la gestión de su enfermedad.

“Los programas de paciente experto asume el paradigma de la atención centrada en el paciente, uno de los hitos más importantes de la mejora continua de la atención sanitaria”. La metodología de formación suele contener dos fases, una primera en que algunos pacientes son formados y una segunda en que estos replican la formación con pacientes, familiares y ciudadanía (Ruiz-Azarola A et al., 2012). También hay ejemplos en promoción de la salud, como los grupos de apoyo a la lactancia materna: Amamanta etc. que trabajan en los Departamentos de Salud que da cobertura el CSPV. Por otro lado en cuanto a la metodología, se basa al igual que la formación de Agentes de Salud de Base Comunitaria en el programa mihsalud, en la educación entre iguales.

Diferentes autores/as han llamado la atención sobre el actual auge del fomento de la participación, tiene que ver con la necesidad de contención de los costes sanitarios y compartir responsabilidades con la población, pero todos coinciden en que esto no resta potencialidad a la participación como estrategia de empoderamiento individual y colectivo.

Pero por otro lado hay que considerar en la actualidad y por tradición, “en el sistema sanitario público, los/as pacientes y los/as ciudadanos/as son actores pasivos de una estructura dominada por la administración, los médicos/as y la industria farmacéutica, los/as doctores/as deciden que es bueno para los pacientes, de los que solo cabe esperar gratitud por lo que están recibiendo” (Martin-García M et al., 2006). La participación comunitaria requiere una actitud no dominante de los/as profesionales sanitarios/as, sino de compartir y, desde un perspectiva de equidad, debe contemplarse que los grupos más vulnerables pueden no estar representados y no por ello han de ser olvidados (Pasarín MI et al., 2010). Actualmente también hay que preguntarse por las opciones de participación y por la representación de asociaciones de consumidores, sindicatos, etc. y asumir la realidad de una baja acción participativa de la comunidad (Martin-García M, 2006).

Otra forma de participación es “la investigación para la acción que no se trata de una metodología de investigación, sino más bien de una orientación de la investigación y de los investigadores en su compromiso con la comunidad con la que trabajan conjuntamente, de manera que también se denomina investigación participativa comunitaria” (Segura A, 2010). La investigación participativa tiene como eje el empoderamiento de la comunidad.

Para Laperriere 2007, “el proceso de la investigación participativa crea conciencia histórica, pero que sigue siendo la expresión de la historia personal de cada participante” y afirma que para Freire (1980) en la investigación participativa, el fundamento esencial de sus posiciones es el rechazo de un orden social injusto, la incitación a una conciencia socialmente activa, revolucionaria en el sentido profundo del término.

Los procesos participativos son complejos, necesitan planificación y cambio tanto de las instituciones como de la comunidad, con el objetivo de la transformación conjunta de la comunidad y el sistema sanitario (Martin-García M et al., 2006). Hay que considerar que los cambios sociales se gestan a lo largo del tiempo y por eso la acción comunitaria requiere que las intervenciones se mantengan durante periodos prolongados (Pasarín MI et al. 2013).

Por otro lado, en el actual contexto de la medicina basada en la evidencia, también aparece como necesaria la evaluación del impacto de los procesos participativos en salud (Cofiño R, 2005, NICE, 2008).

La Guía NICE nº9, formula cinco recomendaciones para la participación efectiva de la comunidad: 1. Iniciativas políticas pertinentes; 2. Compromiso de inversión a largo plazo; 3. Apertura de la organización y cambio cultural; 4. Voluntad de compartir poder; y 5. Desarrollo de la confianza y respeto de los involucrados.

Por otro lado, al igual que se comenta en el apartado “promoción de la salud”, la Guía NICE afirma que los y las profesionales que trabajan con la comunidad necesitan una serie de habilidades y conocimientos y que esto puede requerir la inversión en formación.

#### **II.5.2.2. Algunas experiencias de participación en salud**

Aunque la participación es inherente a la salud pública y a la teoría del empoderamiento, desde la reunión de Alma Ata, la Atención Primaria debe reorientarse a la promoción de la salud en un sentido amplio, actuar sobre las causas de las causas, con énfasis en el ambiente físico, social y cultural en el que viven las

personas. En esta línea surge el concepto de salud comunitaria “como la salud individual y de grupos de una comunidad definida por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico” (Pasarín MI, 2010), afirmándose que “la efectiva promoción de la salud requiere una alianza entre la atención primaria, la salud pública y la ciudadanía, lo que se denomina salud comunitaria” (Cofiño R et al., 2012).

La Ley General de Sanidad ya introdujo formas participativas a nivel macro, con la creación de los Consejos de Salud de las Comunidades Autónomas y las Áreas Sanitarias, pero su desarrollo aunque desigual, no ha pasado de una mera participación formal, con escaso o nulo papel decisorio.

A un nivel meso la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, creó el Programa de Actividades comunitarias en Atención Primaria (PACAP), que cuenta actualmente con la revista Comunidad, que pretende ser un foro para la publicación de investigaciones y experiencias en salud comunitaria. En Cataluña se han desarrollado experiencias como la estrategia salud en los barrios, donde se actúa en aquellos barrios con un alto porcentaje de personas pertenecientes a dos colectivos con especial necesidad, personas mayores autóctonas y población inmigrante recién llegada (Sierra F et al.,2008) o la red AUPA con

un fuerte contenido participativo. También existen experiencias a nivel local como el trabajo del equipo de atención primaria del centro de Salud El Progreso de Badajoz desde 2005 (Proyecto Progreso, 2010). El programa mihsalud del Centro de Salud Pública de Valencia que ha desarrollado distintas herramientas para la participación, especialmente con población latinoamericana de la ciudad de Valencia (Paredes JJ et al., 2012) o el proyecto RIU (Cofiño R, 2005; Aviño D et al., 2014), en Algemesí, Sueca y Alzira de intervención en barrios de especial vulnerabilidad.

A nivel metodológico tanto Asturias Actúa (Observatorio de salud de Asturias, 2014), desarrollada por el Observatorio de Salud de Asturias y la Caja de herramientas comunitaria del Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitarios de la Universidad de Kansas, como la Guía NICE, 2008, recogen ampliamente los elementos a considerar para implementar la participación comunitaria en salud.

La acción comunitaria es uno de los ejes fundamentales del programa mihsalud que se hace operativa con la actuación simultánea y sinérgica de técnicos/as de salud, mediadoras interculturales, asociaciones comunitarias y agentes de salud; y se concreta en actividades de movilización comunitaria como visitas y reuniones con asociaciones, foros comunitarios sobre



salud, cursos de formación-acción de agentes de salud y dinamización directa en territorios priorizados.

**Figura 10: II.10. Dinamización comunitaria en el programa mihsalud**

### Personas implicadas... Dinamizando

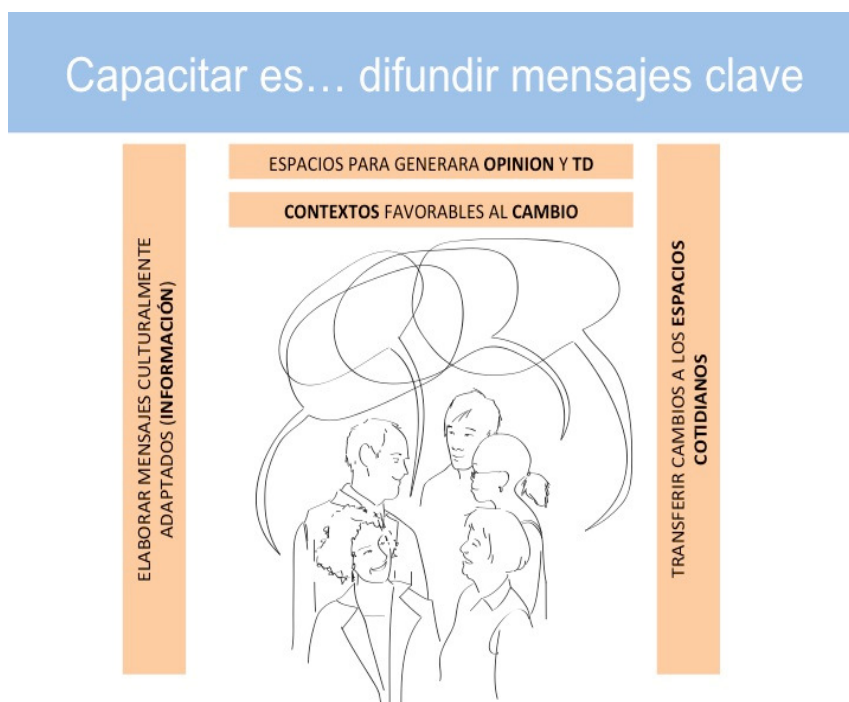


Fuente: Programa mihsalud

Mihsalud ha diseñado un modelo de arquitectura de la participación comunitaria en un contexto urbano y complejo, la ciudad de Valencia, en donde conviven e interactúan multitud de intereses (a veces, no coincidentes). La mayoría de las actividades se dirigen hacia la co-producción de acciones de profesionales y población: foro, curso de formación-acción; y

pretenden transferir poder hacia el ámbito asociativo (sin profesionales) (Ronda et al.,2013): agentes formados actuando en su vida cotidiana o en asociaciones, salud en la agenda de las asociaciones, etc.; las propias asociaciones son consideradas como un activo para generar salud, y se trabaja en la reorientación de los/as profesionales de atención primaria hacia los procesos participativos comunitarios.

**Figura 11: II.11. Capacidad de las personas y asociaciones para el cambio en mihsalud**



Fuente: Programa mihsalud

## II.6. GÉNERO Y SALUD

### II.6.1. Conceptos

Género no significa sexo, género no significa mujer. Para la OMS, " el término género, se utiliza para descubrir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales; mientras que el sexo, se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente".

El género es la manera como las mujeres y los hombres aprenden a construir su subjetividad bajo los parámetros de la feminidad y la masculinidad hegemónicas en un determinado momento histórico y según las "normas" culturales de dónde viven (y/o han estado socializadas/os). Todo esto con evidentes inequidades en todas las esferas de la vida (Rhots I et al, 2005)

La OMS en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, Incorporación del análisis de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia. Marzo 2007, fija que "el objetivo final de la incorporación de la perspectiva de género, es lograr la igualdad entre los géneros", para garantizar esto es preciso que el sector salud reconozca que, en función de sus diferencias sociales (género) y biológicas (sexo), las mujeres y los hombres afrontan distintos riesgos sanitarios, reciben respuestas diferentes de los sistemas de salud y se diferencian en los comportamientos saludables que adoptan y los resultados sanitarios que obtienen.

Al igual que en promoción de la salud o intervenciones comunitarias es necesaria una adecuada competencia técnica en género y salud, de los profesionales sanitarios a los distintos niveles de las organizaciones.

Existen diferencias entre hombres y mujeres, pero también “desigualdades de género, que son aquellas diferencias que son innecesarias, impuestas, evitables y debidas a condiciones sociales de género”. (Rhofs I et al, 2005). La diferencia entre mujeres y hombres es natural, la desigualdad no.

El género afecta a las mujeres y los hombres, un ejemplo sería “la masculinidad” como factor de riesgo para la salud, que supone para las mujeres: Violencia de género, ITS y SIDA, embarazos no deseados, IVES, depresión, etc.; y para los hombres: conductas de riesgo, abuso de alcohol y drogas, accidentes de tráfico, ITS / SIDA, suicidio, violencias, homicidios, etc. (Velasco s, 2008).

El análisis de género debe realizarse en todas las fases de una intervención, desde la determinación de la prioridad, la recogida de datos, al diseño, la implantación y evaluación de políticas y programas. El desarrollo de indicadores de igualdad de género es relativamente nuevo y está poco desarrollado. Los indicadores no pueden explicar las causas existentes en los patrones observados. Es necesario un análisis en profundidad, para evidenciar estas causas. Por este motivo la metodología

cualitativa se ha demostrado sensible al género (García Calvete MM,2011).

“La perspectiva de género identifica, analiza e informa acciones para abordar desigualdades que se derivan de los roles distintos de mujeres y hombres, las relaciones desiguales de poder entre ellos, y las consecuencias de estas desigualdades sobre sus vidas, su salud y su bienestar” (Rhofs I et al, 2005).

### **II.6.2. Marco normativo**

La IV Conferencia Mundial de la Mujer Beijing de 1995, especificó que para alcanzar el objetivo de igualdad entre hombres y mujeres en todas las áreas de desarrollo “es fundamental diseñar, cumplimentar y supervisar con la participación de las mujeres, políticas y programas que, a su vez, sean efectivos, eficientes y sensibles a género”.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) invocando la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer (1979) y la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena, 1993), subrayaron la importancia de la igualdad entre los géneros en todos los ámbitos del derecho social y económico.

En relación a la normativa estatal y autonómica en materia de igualdad, la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la

Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, “va más allá de la igualdad formal y centra su campo de actuación en la promoción de la igualdad efectiva. Es decir, esta ley obliga a emprender acciones para eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres e impulsar nuevos valores y roles, haciendo efectivo el derecho de igualdad. Establece los principios de actuación de los poderes públicos, previniendo medidas destinadas a eliminar y corregir en los sectores público y privado toda forma de discriminación por razón de sexo. La ley impulsa la igualdad de trato, la integración del principio de igualdad, la transversalidad, los planes estratégicos, informes periódicos, informes de impacto de género, la acción administrativa para la igualdad en materia de salud”.

En el Seminario sobre mainstreaming/transversalidad de género en las políticas de salud en Europa. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001, Madrid, se afirma que "existen evidencias de que la incorporación de la perspectiva de género, puede reducir las desigualdades en salud y mejorar la eficacia y la efectividad de los servicios".

Para que se incorpore la perspectiva de género debemos transmitir a las personas responsables de las políticas la evidencia existente sobre la relación entre género y salud. A pesar de contar con un marco político para implantar políticas de igualdad e incorporar el Mainstreaming de género, las

personas responsables de las políticas y los y las profesionales de la sanidad no perciben la relación entre la perspectiva de género y su trabajo, de esta forma en los programas y prácticas concretas no se materializa este enfoque (Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007).

Hay que considerar que “la igualdad formal (*de jure*) no es sino una primera etapa para la igualdad real (*de facto*)” y que hablamos de una normativa muy reciente.

Los acuerdos de las conferencias internacionales e intergubernamentales reconocen el género como un factor determinante de la salud, tan importante como la clase social, la cultura, el estatus socioeconómico y el origen étnico.

### **II.6.3. Mainstreaming/transversalidad de género**

El consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) en julio de 1997 instó en las conclusiones acordadas sobre Mainstreaming de género en todas las actividades de la Organización de Naciones Unidas, la OMS ha refrendado estos acuerdos en “La salud para todos en el siglo XXI” aprobada por la 51ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y en la Estrategia de Salud 2020.

El mainstreaming de género es sólo una estrategia, no un fin en sí mismo, para alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres y

surgió a partir de la progresista Women in Development (WID) impulsada en la década de los setenta y ochenta.

No es extraño que el desarrollo del análisis de género haya ido orientado a corregir desigualdades manifiestas que actualmente perjudican a las mujeres. No obstante también es importante identificar las formas en que los estereotipos de género pueden perjudicar a los hombres.

La transversalidad de género en salud es la incorporación del género en los análisis, formulación y seguimiento de las políticas, programas y proyectos con el fin de asegurar que las mujeres y los hombres alcancen el estado óptimo de salud. “Esta estrategia no excluye las iniciativas dirigidas específicamente a las mujeres y hombres. Estas iniciativas positivas son necesarias y complementarias en una estrategia de mainstreaming” (Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007).

Es un proceso político y técnico que requiere cambios en la cultura organizativa y la manera de pensar. En la Conferencia Mundial de Naciones Unidas de 1985, en Nairobi, aparece una de las primeras referencias a las estrategias de mainstreaming de género, y 10 años después, en la Conferencia Mundial de Pekín, en 1995, la implementación de esta estrategia aparecerá como uno de los compromisos fundamentales de los estados para los próximos años. En el marco de la Unión Europea la



transversalidad de género incorpora se incorpora desde principios de los 90.

“Esta estrategia no tiene un carácter temporal, su objetivo es instalarse de forma permanente en la práctica de la intervención pública y su finalidad no solo tiene que ver con corregir desigualdades y discriminaciones por razón de sexo, sino también con la mejora del funcionamiento y eficacia de las políticas públicas y de las organizaciones” (Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007).

El proceso es complejo, afecta a diferentes fases y requiere la colaboración de los distintos agentes, diferentes niveles jerárquicos, políticos y técnicos, y entre diferentes sectores sociales. Dada la complejidad, la transversalidad de género debe plantearse como horizonte estratégico para las políticas públicas y su práctica en función de cada realidad y de los espacios y oportunidades de intervención.

#### **II.6.4. Evaluación del impacto del género**

“La evaluación del impacto en función del género venía empleándose mucho en el ámbito de la cooperación al desarrollo. Una serie de gobiernos europeos (en línea con la Declaración de Pekín) han decidido utilizar la evaluación del impacto en función del género como un instrumento de aplicación de la integración de la dimensión de género”.

“Evaluar el impacto en función del género significa comparar y apreciar, en función de criterios pertinentes con respecto al género, la situación y la tendencia actual con la evolución que cabría esperar como resultado de la introducción de la política propuesta” (Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

Se procede a una evaluación del impacto en función del género para evitar consecuencias negativas no intencionales y para mejorar la calidad de vida y la eficacia de las políticas.

El programa mihsalud, asume la transversalidad de género como horizonte estratégico y su práctica en función de la realidad y de los espacios y oportunidades de intervención. Se asume una perspectiva integral de género (Velasco S, 2008) para intervenir sobre el género como determinante de salud, sobre la salud de las mujeres y sobre las desigualdades de género en salud. En mihsalud la perspectiva de género es una perspectiva para la transformación y tiene entre sus objetivos trabajar por un sistema sexo-género igualitario en la población diana.

El análisis y planificación de género (*gender mainstreaming*) del programa mihsalud (Aguirre Sanchez-Beato S et al, 2013), se realizó mediante entrevistas al equipo del programa y los/as profesionales de AP, la observación participante de diferentes actividades y la revisión de los documentos del programa. Se encontró una incorporación media del enfoque de género

identificándose como puntos fuertes la sensibilidad de género en la institución y equipo y el enfoque integral en las acciones y como puntos débiles la necesidad de incorporar indicadores de género y resultados de impacto.

### **II.6.5. Concepto de violencia de género**

La Ley Orgánica, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (VG) en su artículo primero define la violencia de género como: “la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que se ejerce por los cónyuges o quienes hayan estado vinculados a las mujeres por relaciones de afectividad”.

La violencia de género es la manifestación más dramática de las desigualdades existentes entre las mujeres y los hombres. La ONU la considera la primera causa de mortalidad, a nivel mundial, de las mujeres entre 18 y 45 años. La OMS la considera como un problema de salud pública desde el año 1996.

La violencia de género se da en todos los niveles sociales, culturales y económicos de la sociedad, siendo el principal factor de riesgo el hecho de ser mujer.

Para la OMS la violencia de género puede producir importantes repercusiones tanto en la salud física como en el bienestar

psicológico. Así mismo, va a afectar a la salud y calidad de vida de los hijos e hijas (OMS, 2002).

#### **II.6.6. Violencia de género (VG) y sistema sanitario**

Los logros de España a nivel de políticas han sido ampliamente reconocidos. Sin embargo, a nivel de resultados los logros son más ambiguos: por un lado España está entre los países con menos muertes de mujeres por VG, por otro lado tras la aplicación de la ley contra la violencia de género el número de casos de VG reportados se ha incrementado, pero el riesgo de muerte por esta causa no ha cambiado (Vives-Cases et al., 2008). La VG es la tercera causa de prisión para los hombres en España, un dato que, podría reflejar el efecto de un sistema legal más estricto en la penalización de la VG, pero los avances son mucho más lentos en la prevención de la VG y la promoción de la equidad de género.

Las/os profesionales sanitarios desempeñan un papel en la detección, tratamiento y orientación de este complejo problema, que requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinar por parte de la administración sanitaria, bienestar social, judicial, policial, educación, entre otros ámbitos (Escribá, V. et al. 2009).

En España, el limitado número de estudios publicados que exploran la respuesta de los servicios sanitarios a la VG,

coinciden con investigaciones procedentes de otros lugares en apuntar que: 1) la prevalencia de VG entre mujeres usuarias de servicios de atención primaria es alta; 2) las mujeres perciben favorablemente el que el/la médico de familia les haga preguntas sobre la posibilidad de haber sufrido VG; y 3) los servicios sanitarios son frecuentemente la primera institución a la que acceden las mujeres afectadas por VG (Ruiz-Perez MT et al., 2004).

El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, que fue aprobado por el pleno del Consejo Interterritorial en su reunión de diciembre de 2006.

La Dirección General de Salud Pública de la Comunitat Valenciana (CV) en el año 2008 elaboró un protocolo, que permite guiar “la búsqueda activa, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de los casos de violencia de género” (Escribá V et al, 2009).

Desde el Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) se realizaron actividades de sensibilización/formación a coordinadores médicos y de enfermería de los Departamentos de Salud de Sagunto, Valencia-Clínico-Malvarrosa, Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria, Valencia-La Fe y Valencia-Doctor Peset y una sensibilización/formación específica en los Centros de Atención Primaria que participan en el programa mihsalud.

### **II.6.7. Violencia de género e inmigración**

La interacción de violencia de género e inmigración es una línea de investigación emergente (Vives-Cases C et al., 2009). En el informe Violencia de Género 2011, realizado por el Ministerio de Sanidad Políticas Social e Igualdad se ha identificado a las mujeres andinas (procedentes de Ecuador, Bolivia y Colombia) como especial población de riesgo.

La Ley Orgánica 1/2004 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género se identifica a las mujeres extranjeras como un colectivo de especial vulnerabilidad ante la violencia de género y con mayores dificultades para acceder a las instituciones sanitarias.

El gobierno español aprobó para el periodo 2009-2012, un plan de atención y prevención de la violencia de género en la población extranjera inmigrante, el cual planteaba estrategias para superar las barreras de acceso a la información y los recursos existentes, así como para incrementar la sensibilidad social.

Como han descrito otros autores (Ramírez E, 2007), la inmigración replantea algunos de los valores fundamentales de las sociedades de origen. En el caso de sociedades fuertemente patriarcales en origen, donde el acceso al trabajo, a esferas de decisión y libertad, corresponden casi exclusivamente a los

hombres, la inmigración pone en crisis la estructura de la familia tradicional basada en la autoridad masculina y en una segregación clara de los roles de género. De ahí que se hable de los periodos de transición (personales o colectivos) como los más peligrosos desde el punto de vista del riesgo (Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid, 2010). Estos resultados plantean la conveniencia de realizar el cribado universal que fija el Protocolo de atención sanitaria a la violencia de género de la CV, a las mujeres inmigrantes.

En el 2006 se realizó una macroencuesta sobre violencia de género en estado español. Según sus datos la incidencia de maltrato es mayor entre mujeres extranjeras residentes en España: un 7% declara haber sido maltratada (frente a un 3,5 de las españolas), y un 17% puede ser considerada técnicamente como maltratada, frente al 9,3 de las españolas.

Desde el programa mihsalud se ha incorporado la promoción de la igualdad y prevención de violencia de género a través de formación a técnicos de salud del programa, incorporación a la formación/acción de los ASBC y sensibilización/formación de los equipos de atención primaria de los ocho centros de salud que participan, y actividades comunitarias y de atención individual de la mediadora intercultural. Las intervenciones individuales de la mediadora intercultural se han demostrado efectivas en la

detección de mujeres inmigrantes latinoamericanas, víctimas de violencia de género (Alcaraz M et al., 2014).

En el análisis realizado de las conversaciones informales sobre igualdad en el programa mihsalud (Estellés C., 2013) se concluye que tanto mujeres como hombres latinoamericanas/os opinan que no existe la igualdad entre mujeres y hombres, pero que existe más igualdad en España que en su país de origen. Para conseguir la igualdad tanto mujeres como hombres ven necesario la educación desde la familia y escuela, aunque son las mujeres las que más confían en las generaciones futuras para conseguirla, y que son las mujeres como vanguardia del cambio junto con algún hombre, las que tienen un discurso pro feminista.

## **II.7. INMIGRACIÓN, INTERCULTURALIDAD Y MEDIACIÓN INTERCULTURAL**

### **II.7.1. Inmigración y salud**

La interculturalidad surge como resultado de la inmigración que establece nuevas relaciones raciales, culturales y étnicas (Agudo MJ, 2009).

La inmigración es un fenómeno reciente en España, que configura unas realidades distintas y unos cambios sociales a los que la salud pública debe ser permeable, este fenómeno



“plantea tanto para Salud Pública, como para el Sistema Sanitario en general, nuevas realidades y nuevos retos” (Alcaraz M et al., 2010). Quizás uno de los retos más importante consista en “prestar unos servicios asistenciales y de promoción de la salud de calidad acordes con los problemas inherentes al proceso migratorio”, entendiendo que la población atendida está compuesta de “personas desarraigadas de su comunidad, con lenguas y culturas diferentes, con un modo distinto de entender la salud y la enfermedad” (Fuentes C et al., 2006).

Las concepciones, actitudes, conductas y comportamientos en torno a la salud son socialmente y culturalmente construidas. Debido a esto, adquiere relevancia conocer las situaciones y los problemas fundamentales de índole cultural, social, económica y jurídica que inciden en la salud de las poblaciones inmigradas y en sus posibilidades de acceso y de utilización del sistema sanitario. Para ello, Rodríguez-García y Román, 2007 plantean como necesario:

a) “Conocer los aspectos culturales fundamentales en cuanto a las representaciones, valoraciones y comportamientos sobre el concepto de persona, el cuerpo y la psique” (Alcaraz M et al., 2010).

b) “Conocer las situaciones económicas, sociales y culturales que han sido fundamentales en la decisión de emprender el viaje migratorio”.

La migración se entiende como un proyecto para mejorar las condiciones socioeconómicas del trabajador y su familia (Aguledo A et al., 2008). Este proceso suele suponer una traslación espacial y un cambio social, el individuo inicia el proceso migratorio cuando adopta y lleva a efecto la decisión de emigrar, como respuesta a factores de signo negativo que operan en el punto de partida, y a factores positivos en el punto de llegada (Jansà J et al., 2008).

Jansà y García señalan que las migraciones pueden ser clasificadas sobre la base de los siguientes ejes: de la obligatoriedad a la voluntariedad; de las cortas a las largas distancias de migración, y de la migración económica a la no económica.

“En la inmigración en nuestro país, adquiere un peso importante lo que se ha definido como emigración económica, es decir ciudadanos/as procedentes de países de baja renta que buscan oportunidades para mejorar su nivel de vida, pero este grupo tampoco es homogéneo sino que está formado por distintos colectivos en cuanto a etnia cultura o religión” (Alcaraz M, 2010). Se ha estudiado que la condición de inmigrante vuelve a la persona más vulnerable desde el punto de vista sanitario (Agudo MJ, 2009), observándose que los problemas de salud afectan sus capacidades para la realización de las actividades cotidianas.

Estos autores describen el "síndrome del inmigrante", que se percibe asociado a estrés crónico, los múltiples duelos que ellos y ellas establecen al encontrarse en una cultura diferente, y al hecho de padecer en algunos casos, insatisfacción y temporalidad laboral, alta rotación de puestos y con "frecuencia un trabajo por debajo de sus posibilidades, lo que condicionaría una movilidad social descendente" (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011).

También los factores como el tiempo de residencia, vivienda e hijos, son factores de vulnerabilidad (Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2011). En el análisis realizado de la atención individual del servicio de mediación intercultural en mihsalud, se ha identificado a las mujeres bolivianas como un colectivo de especial vulnerabilidad (Alcaraz M et al. 2014).

Toda esta situación ha llevado a considerar la migración y refugio como una situación que pone a los individuos en riesgo para su salud.

"La inmigración es, sin lugar a dudas, uno de los indicadores de vulnerabilidad social en salud" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Esta vulnerabilidad se explica como resultado de las desiguales condiciones de vida y de las diferencias en la exposición, en la disponibilidad de capacidades para el manejo de riesgos, movilización de recursos y redes

sociales; y en la disponibilidad y acceso a servicios de salud (Instituto Nacional de Salud Pública de Mexico,2013).

Se afirma que muchos de los problemas de salud de las personas inmigrantes, no están todavía identificados en su totalidad, por lo que sufren una discriminación pasiva. Esto se debe, entre otros motivos, a que los y las profesionales se ven con dificultades de prestar una mejor asistencia, al encontrarse con diversas barreras culturales e idiomáticas. El resultado final es que la atención que reciben estos usuarios en muchas ocasiones, no es de la misma calidad que la que tienen el resto de los usuarios, en este caso, las personas autóctonas (Alcaraz, M. et al., 2010). Parece oportuno que para garantizar una equidad en la atención a las personas inmigrantes, es necesaria una “discriminación positiva” es decir el “universalismo proporcional” (Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, 2013)

La consideración de un enfoque integrador, permite ampliar la mirada en la intervención con este tipo de población al plantear que no se tiene que trabajar solamente con el inmigrante sino que el propio personal sanitario asistencial en particular, y la sociedad en general, constituyen también una población diana hacia la que se deben dirigir los programas de educación (Gamez JJ et al., 2004).

Es relevante considerar que la integración adecuada de las poblaciones inmigradas y minoritarias implica necesariamente una acomodación bidireccional; es decir, que son las dos partes, los que ya están y los que llegan, las que han de cambiar cosas (Rodríguez García P et al.,2007).

Es necesario estudiar el “proceso migratorio” con respecto a la salud-enfermedad de la población inmigrante.

“Las instituciones están obligadas a proponer cambios que faciliten los procesos de atención a las personas inmigrantes, disminuyan las cargas que acarrea el desconocimiento de los circuitos de atención sanitaria y proporcionen una educación para la salud adecuada a la diversidad cultural” (Iniesta C, 2008).

En la literatura se describe la existencia de barreras específicas que condicionan la normal integración del colectivo inmigrante al sistema sanitario público y que se encuentran incrementadas en los inmigrantes en situación administrativa irregular (Vázquez V et al., 2006).

Felip et al. describían en 2010, las siguientes barreras de acceso a la asistencia sanitaria:

- Política sanitaria: existe una mala previsión de recursos secundaria a una mala estimación de la población inmigrante irregularizada.
- Actitudes del personal: se les percibe como personas sin derechos a las que se les da atención gratuitamente.

- Dificultades que ponen los ayuntamientos para empadronarse.
- Dificultades idiomáticas.
- Poca educación sanitaria.

La situación ha empeorado notablemente con en la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 de sostenibilidad del sistema. Este decreto supone una enmienda a la totalidad al derecho a la salud. Se vuelve al concepto de aseguramiento y se diferencia entre titular y beneficiario. Este decreto deja sin acceso a los inmigrantes sin papeles, con la excepción de las urgencias, menores de 18 años o en caso de embarazo y parto. Esto tiene efectos perversos entre los que hay que señalar: el aumento de los ingresos en estados más graves, la falta de seguimiento y control de las enfermedades infecciosas y de los pacientes crónicos, el incremento de las consultas urgentes, es decir ha supuesto una barrera absoluta de acceso al sistema sanitario de las personas inmigrantes irregulares.

En el “Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, 2013” la Recomendación 2(c) hace referencia a la exclusión social, la vulnerabilidad y la desventaja, y señala la necesidad de desarrollar sociedades más sostenibles, cohesionadas e inclusivas, centrándose en especial en los grupos más afectados por la exclusión social. Señala como las tasa de desempleo son más altas entre las personas inmigrantes,

superando el 30% en España. Como grupo de especial vulnerabilidad sitúa a los inmigrantes irregulares, que están particularmente expuestos a procesos de exclusión y se enfrentan a mayores problemas, atención en salud, menores de edad no acompañados, mujeres en el trabajo doméstico irregular, víctimas de la trata o de la explotación sexual. Los estados miembros de la Unión Europea varían en las medidas de protección social incluida la salud de inmigrantes irregulares. Concluye que las cuestiones de las personas inmigrantes regulares e irregulares, necesitan ser abordadas por acuerdos entre los países de la Región, para que no se vulneren sus derechos humanos.

El programa mihsalud se posiciona en la construcción de la interculturalidad desde el ámbito de la salud y específicamente, de la salud pública, lo que implica necesariamente una acomodación bidireccional.

### **II.7.2. Características de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia**

Valencia, es la tercera ciudad del estado español con mayor porcentaje de población extranjera (13,6%), después de Barcelona (17,4%) y Madrid (15,4%). En Valencia, del total de personas extranjeras, 43.620, un 42,22% son de origen latinoamericano y un 55,4% son mujeres. Dentro de esta

población, los países más frecuentes son: Bolivia (25,95%), Ecuador (23,43%) y Colombia (17,75%) (Oficina de Estadística del Ayuntamiento de Valencia, 2012). El programa mihsalud se diseñó para dar respuesta a esta realidad de diversidad cultural orientándose especialmente hacia las mujeres inmigrantes latinoamericanas.

Se valora que el desarrollo de intervenciones en salud pública tendentes a minimizar las diferencias y desigualdades en salud que pueden afectar a estos grupos de población, son necesarias para favorecer su integración. Estrategias innovadoras como la mediación en salud, la educación entre iguales y la formación en competencia intercultural y gestión de la diversidad dirigida a profesionales sanitarios constituyen herramientas para el abordaje de estas nuevas realidades y han sido contempladas en el programa mihsalud.

### **II.7.3. Mediación Intercultural**

Desde las particularidades que implica trabajar desde la interculturalidad en contextos sanitarios, la literatura señala que “la mediación intercultural en salud se perfila como uno de los instrumentos para mejorar la atención a la salud entre la población inmigrada” (Rodríguez García P et al., 2007). Todas sus acciones van dirigidas a superar las limitaciones lingüísticas, sociales, económicas y culturales, buscando mayor eficacia y



equidad en la atención sanitaria. Además, operan como puente para la resolución de problemas, orientando su acción hacia la prevención y resolución de conflictos (Agudo MJ.2009, Rodríguez García P et al., 2007).

En este respecto, Fowler refiere que los trabajadores comunitarios en salud facilitan la integración social, el acceso y la participación a los programas de promoción de la salud de los inmigrantes recién llegados.

Se entiende la mediación intercultural como «una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados» (Cohen M, 2003).

Si bien se parte de esta definición general que es la más extendida y aceptada en el campo académico, la práctica profesional de la mediación intercultural en el programa mihsalud adquiere las características propias del entorno sanitario y la promoción de la salud (Muyneck A, 2004). La mediación en este contexto tiene tres objetivos:

- Diseñar y utilizar estrategias adecuadas para establecer un puente entre la cultura de las personas atendidas y las/los profesionales del sistema sanitario.
- Mejorar la calidad de la atención sanitaria ofrecida a las/los pacientes de minorías étnicas.
- Promover desde una perspectiva integral de género (Velasco S, 2008), prácticas saludables en torno a la salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia de género.

Este enfoque se conoce como mediación intercultural preventiva (Cohen M, 2003). En otros países existen experiencias de mediación intercultural en el ámbito sanitario (Verret H, 2004) y aunque son escasas en nuestro contexto (Iniasta C et al., 2008), la mediación es una estrategia que contemplan la mayoría de los planes estatales o autonómicos de atención a la población inmigrante (Terraza R, 2010). Estudios realizados indican que la mediación mejora la calidad de la atención sanitaria de personas de minorías étnicas (Verret H, 2004) y favorece la cooperación de las/los usuarios/as y la utilización de los recursos sanitarios (Iniasta C et al, 2008).

Las principales barreras en la incorporación de la mediación a los servicios de salud son la falta de reconocimiento profesional de la misma y la cualificación de las personas mediadoras interculturales (Verret H, 2004).

Hay acuerdo en que la incorporación de la mediación es una muestra de sensibilidad cultural por parte del sistema sanitario del país de acogida para prestar una atención de calidad. Por otro lado, la formación, funciones y tareas de la mediación intercultural no están estandarizadas; aunque las mediadoras en el programa mihsalud tenían formación y acreditación como tales mediadoras interculturales y recibieron formación específica en promoción de la salud y atención sanitaria. Los aspectos de contratación y que esta figura no existe en el catálogo de puestos de trabajo, se solucionaron con la colaboración de una ONG. Todo esto plantea la conveniente profesionalización y valoración social de la mediación intercultural dentro del sistema sanitario (Casas M et al., 2009). El objetivo de esta Tesis es acercarnos al proceso, la efectividad y el impacto de la atención individual del Servicio de Mediación Intercultural en el programa mihsalud, contribuyendo con ello a aportar evidencias de cómo prestar una atención de calidad a la población inmigrante.

## **II.8. LA EVALUACIÓN EN PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

### **II.8.1. Conceptos de la evaluación en salud**

De acuerdo con Pinault, R.:

"La meta de la evaluación es realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado".

El juicio se basa en criterios y normas o estándares, que pueden ser explícitos o implícitos para la organización. La planificación es un proceso circular en el que la evaluación es una fase necesaria que lleva de nuevo a la planificación del plan o programa.

El Diccionario de salud pública (Last J M, 1989) define la evaluación como «los esfuerzos dirigidos a determinar de forma sistemática y objetiva la efectividad y el impacto de las actividades realizadas para alcanzar objetivos de salud, teniendo en cuenta los recursos asignados». En esta definición se asume que hay diversas formas de abordar la evaluación, aunque ninguna sea por sí sola completamente satisfactoria.

En la Guía de Evaluación Económica de Promoción de la salud, OPS, 2007 se afirma que "dada la naturaleza política y de gestión de la evaluación, ésta debería responder a las necesidades de información de diversos públicos (ser inclusiva y participativa); centrarse en la utilización de resultados; ser un producto de sucesivos enfoques complementarios, conceptuales y metodológicos; permitir la participación de distintos públicos en las diferentes etapas del proceso de evaluación; y ser socialmente responsable, posibilitando la difusión y promoción de manera tal que se utilicen los resultados".

Concluye que la evaluación debe incorporarse a la gestión y no termina con el informe final. Los resultados de la evaluación deben utilizarse para la toma de decisiones, ya sean mejoras del programa o su eliminación.

Para la evaluación de un programa no es adecuado esperar al final de la intervención y evaluar resultados. La evaluación de los resultados intermedios, en muchas ocasiones basada en estudios cualitativos, es una fuente adecuada de información para la reorientación del programa (Pinault, R. 1990).

Para definir el diseño de evaluación más adecuado es necesario definir qué parte de la intervención se quiere evaluar y el alcance y finalidad de la evaluación.

Las preguntas sobre que queremos saber, porque motivo evaluamos y que haremos con los resultados, deberán contestarse por todos los/as actores y actrices implicados/as (políticos/as, técnicos/as, usuarias/os y la sociedad en general) que tendrán distintos intereses y necesidades de información (OPS, 2007).

La evaluación es necesaria para la toma de decisión sobre el programa o intervención, su continuidad, suspensión o modificación y la evaluación debe estar prevista desde la formulación del programa (Victoria, C. G., 2008).

La evaluación presenta dificultades por varias razones:

- “Supone que se tiene muy claro qué es lo que se quiere conseguir y cómo (objetivos y criterios claros).
- Hacerla bien supone disponer, en el interior de las rutinas de la institución, de un espacio y proceso de reflexión y debate sobre lo que estamos haciendo.
- Falta de cultura de evaluación y de dotación de recursos para realizarla.
- Para hacerlo bien se ha de contar con la participación de todos los implicados en el programa.
- Solo tiene sentido si se está dispuesto a cambiar lo que no es satisfactorio, cambios que fácilmente chocan con las dinámicas burocráticas y los intereses creados”.

Son frecuentes las ocasiones en que se hace “como si se evaluase”: es decir cuando se realiza una mera recogida de datos y de actividades sin análisis, al estilo “memorias”, sin autocrítica, y que poco influyen en la repetición burocrática anual de los mismos programas.

Hay situaciones en las que es mejor no hacer la evaluación, como:

- “Cuando una actividad es extremadamente popular, se desea mantener a toda costa, aunque haya sido demostrada que tiene un efecto desechable

- Cuando la evaluación es tan costosa como la continuación del programa que “parece ir bien”
- Cuando no se tiene intención de cambiar o de pagar el coste del cambio (se quiere el imposible de “programas de coste cero”). ¿Para qué poner en evidencia la necesidad de cambios?” (OPS, 2007).

Por otro lado, cuando se habla de la *evaluabilidad* de un programa, fundamentalmente se está haciendo referencia al juicio que permite concluir si este se puede evaluar y qué utilidades tendría hacerlo. Se trata, por tanto, de una valoración que se realiza antes de empezar con cualquier evaluación.

Es necesario valorar la evaluabilidad del programa, “si un programa no es evaluable se corre el riesgo de planificar la evaluación del impacto y los resultados basada en datos inapropiados y prematuros”.

Un programa evaluable debe reunir las siguientes condiciones

- “Existe una concordancia racional entre las actividades definidas en el programa y las metas del programa.
- El programa se ejecuta correctamente.
- Hay acuerdo sobre cuáles son las cuestiones a evaluar.
- Hay acuerdo sobre cómo hay que llevar la evaluación y qué debe medirse” (Centro de Salud Pública de Valencia, 2013).

Pinault R. distingue en cuanto al momento en que se produce la evaluación:

- Evaluación "ex ante": esta se realiza de forma empírica de acuerdo con la bibliografía circulante y valorando criterios de eficacia, eficiencia y rentabilidad, tanto económica como social.
- Evaluación "ex post": se produce después de la intervención o programa y evalúa la ejecución y los efectos del programa. Es una evaluación sumativa.
- Evaluación concurrente o concomitante: se produce a la vez que la implantación del programa. Es una evaluación formativa que propone que la ejecución del programa sea continuamente modificada en función de los nuevos datos obtenidos.

La evaluación formativa se confunde con la evaluación de proceso, la primera sería la que se realiza durante el período de desarrollo de una intervención, con la finalidad de detectar precozmente problemas o insuficiencias que puedan ser mejorados, es especialmente importante en los programas nuevos o adaptados de otros contextos, y finaliza cuando se considera que los contenidos y procedimientos del programa son estables y definitivos; sólo entonces puede procederse a la evaluación de los resultados y del impacto, lo que se conoce como evaluación sumativa. La evaluación del proceso tiene



como finalidad básica conocer la cobertura y la calidad de las intervenciones (Nebot M, 2011).

Antes de diseñar y ejecutar la evaluación es necesario plantear de la manera más clara posible "la/s pregunta/s de evaluación".

Además dos preguntas claves para la evaluación son: ¿Quién realiza la evaluación? y ¿Cómo se realiza la evaluación?:

¿Quién realiza la evaluación?

- Evaluadores internos. "Es importante y eficaz el integrar en el proceso de evaluación a las diferentes perspectivas: la de los/as diseñadores/as y ejecutores/as; de los/as jefes/as de unidades orgánicas y los/as "referentes" o coordinadores/as de programas; de los/as que trabajan desde unidades centrales y los/as que lo hacen en unidades de la periferia". Es fundamental para la evaluación contar con el apoyo de los sistemas de información del programa.
- Evaluadores externos. "Pueden ser técnicos/as externos/as a la institución que gestiona el programa (por ejemplo, pertenecientes a agencias de evaluación o universidades) o agentes sociales legitimados para el control social y político de las acciones de la institución (representantes de la población y sus asociaciones, de los/as trabajadores/as, de los/as usuarios/as, políticos/as de la oposición)".

¿Cómo se realiza la evaluación?

- Se realizan reuniones, entrevistas, obtención de datos e indicadores.
- Es fundamental un buen flujo de información y combinar la información cuantitativa con la cualitativa.
- Se realiza el análisis de la información que aportará si se han cumplido los objetivos marcados y si se han seguido los criterios y valores inicialmente definidos.

“Hay que conseguir que la evaluación sea percibida como una herramienta de mejora del programa y no como un control de jefes sobre subordinados. Para ello, es fundamental que los ejecutores se sientan partícipes y que se perciba a los evaluadores como aliados”. El informe SESPAS 2008 afirma que el hecho de evaluar posee, como mínimo, un efecto pedagógico de ayudar a construir una cultura favorable a la evaluación y que la ausencia de evaluación lleva a que los programas inefectivos continúen el drenaje de los escasos recursos disponibles, los que podrían ser invertidos en iniciativas con un impacto real sobre la salud de la población (Victoria CG et al., 2008).

### **II.8.2. Niveles de evaluación**

Siguiendo a Pinault R., de la misma forma que se han identificado distintos niveles de planificación, a cada uno le corresponde un

tipo de evaluación: evaluación de las políticas, evaluación estratégica, evaluación táctica y evaluación operativa.

**I.8.2.1. La evaluación operativa** es la evaluación de la ejecución y la implantación de un programa o servicio.

**II.8.2.2. La evaluación táctica** es el tipo de evaluación más utilizada en los establecimientos de salud.

Donabedian, A. señala como marco teórico para la evaluación en salud, la evaluación de:

LA ESTRUCTURA. Todo lo referente a los recursos, humanos, físicos o financieros y es un requisito determinante del proceso.

EL PROCESO. Suele ser el objeto de la evaluación, ya que permite introducir modificaciones para mejorar la ejecución y los resultados. Es el fundamento del desarrollo de las políticas de calidad.

LOS RESULTADOS. Tienen un especial interés, pero en salud muchas veces es necesario un largo período de tiempo para obtener resultados y es difícil identificar en qué medida los resultados responden a la intervención en salud o a otras intervenciones o situaciones generadas desde otras áreas.

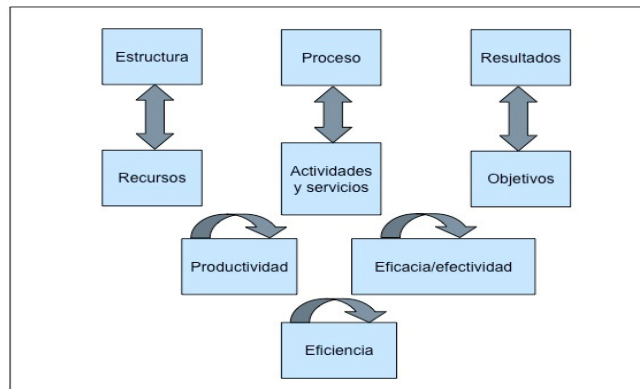
Para Nebot M et al., 2011, la evaluación de proceso tiene como finalidad básica conocer la cobertura y la calidad de las intervenciones

Se trata de verificar si el programa ha alcanzado la población diana y los subgrupos relevantes, y si se han realizado las actividades previstas con la calidad necesaria, medidos por diversos indicadores (exhaustividad, fidelidad, satisfacción), que se comparan con estándares previos o con parámetros establecidos ad hoc por el protocolo del programa. La evaluación del proceso es fundamental en los programas de promoción de la salud, especialmente si son complejos o innovadores.

La evaluación de los resultados se realiza sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos específicos fijados por el programa o el impacto, que son los efectos que ha producido la intervención y no previstos en los objetivos específicos. La evaluación del impacto también se realiza en la evaluación estratégica.

Se habla de evaluación de eficacia cuando valoramos el efecto en la población a la que va dirigido el programa, de la efectividad cuando se trata únicamente de la población alcanzada por el programa.

**Figura 12: II.12. Componentes de la evaluación de los programas de salud y sus relaciones**



Fuente: Nebot M et al., 2011

En la Guía de Evaluación Económica de Promoción de la salud, OPS, 2007 se afirma que "la evaluación de la efectividad en promoción de la salud representa no sólo un medio para fortalecer la teoría y práctica de la promoción de la salud sino también un desafío técnico y político en torno a cómo respaldar decisiones para mejorar la salud y el bienestar de la población".

Los estudios de eficacia posibilitan la determinación de causas y constituyen la base actual de la evidencia. Pero para la promoción de la salud es necesaria la evaluación de la efectividad, que hace referencia al desarrollo del programa en condiciones reales y no en las óptimas y controladas.

Existen limitaciones en la evaluación de la efectividad en promoción de la salud, que se deben fundamentalmente a que los enfoques utilizados no recogen la complejidad de estas

intervenciones, que son simplificadas para responder a las necesidades de la investigación cuantitativa. Esto aporta una visión reduccionista y distorsionada de la realidad y de la utilización de los resultados.

La evaluación centrada en el proceso aportará información para la reorientación del programa y permitirá desarrollar explicaciones de cómo y porque se producen los resultados observados cuando una intervención se realiza en un contexto determinado. Estas explicaciones permitirán definir los requisitos necesarios para que la intervención tenga efecto.

Se puede afirmar que hay “dos dimensiones de la efectividad en promoción de la salud, una centrada en el impacto y los resultados y otra en el proceso”, pero en ambos casos es necesario tener en cuenta el contexto y su naturaleza cambiante y la complejidad de las intervenciones en promoción de la salud.

Se considera la evidencia tanto como el resultado de la investigación cuantitativa y cualitativa, que son complementarias. Los indicadores pueden obtenerse de la definición operativa de la efectividad o de un modelo lógico que explique las conexiones entre objetivos, actividades y resultados (OPS, 2007).

En mihsalud, la evaluación se ha considerado como una herramienta para mejorar el programa y se han asumido los

criterios de calidad en organización, Plan del programa, diseño de registros, etc., que propone Quint-essenz. Health Promotion Swizerland, 2013, lo que en gran medida ha posibilitado su evaluación.

El nivel de evaluación es de evaluación táctica, la evaluación de un programa, y para ello se desarrolló el proyecto EVALIPS, que se explica más tarde y se han realizado otros estudios de evaluación como, una evaluación del mainstreaming de género (Aguirre S,2012), el análisis del proceso, la cobertura y la pertinencia de las conversaciones informales, una herramienta de dinamización comunitaria del programa (Alcaraz M et al.,2013; Estellés C,2013) y una aproximación a la efectividad (Alcaraz M et al.,2014), el impacto y los costes de la atención individual a mujeres latinoamericanas por el Servicio de Mediación Intercultural.

**II.8.2.3. La evaluación estratégica** es la evaluación de la pertinencia y se realiza:

"ex ante" en base a la bibliografía y las opiniones de expertos, políticos y usuarios; y

"ex post" o de la pertinencia real, que toma en consideración todos los efectos del programa, resultados y consecuencias, es decir se basa en la evaluación del impacto y los resultados.

La evaluación estratégica intenta responder a preguntas como: ¿la intervención o programa de salud se corresponde con las necesidades y con las prioridades?, ¿responde a problemas relevantes desde el punto de vista de la sociedad y está planteado en la dirección adecuada? (Pinault, R., 1990)

### **II.8.3. La evaluación y la investigación evaluativa**

La investigación evaluativa comienza con:

- la formulación de las preguntas de evaluación, y
- plantea como hipótesis que existe una relación entre la intervención (variable independiente) y los efectos (variables dependientes).

La máxima validez interna es la del ensayo clínico aleatorizado, en el cual podemos tener la certeza de haber obtenido dos grupos iguales que sólo se diferencien (salvo por efecto del azar) en que uno de ellos ha sido sometido a la intervención.

En la medida en que los grupos de control no sean equivalentes, o cuando no haya grupo de control, deberemos ser capaces de descartar estas explicaciones alternativas, que se conocen como "amenazas a la validez interna". (Tabla II.1. Amenazas a la validez interna de las intervenciones (Nebot, M. et al., 2012))

Se distinguen distintos tipos de estudios epidemiológicos:



Ensayo clínico aleatorizado, la investigación experimental por excelencia, presenta problemas éticos, de coste y de duración.

Estudios de cohortes de la epidemiología clásica, en este caso el factor de exposición se considera la intervención o programa, que puede valorarse frente a una población sin programa, o en la misma población antes-después de la intervención (pre-test, post-test).

Estudio casos-control. Dos grupos a comparar se seleccionan en función de los efectos esperados del programa y se investiga retrospectivamente su exposición o no al programa.

Estudios cuasiexperimentales o ensayos comunitarios. Donde la asignación de individuos a los grupos de intervención y control no es aleatoria. Tabla II.2. y Tabla II.3.

**Tabla 1: II.1. Amenazas a la validez interna de las intervenciones**

Historia	El efecto observado se debe a un factor externo a la intervención, que actúa durante o antes de la intervención, o bien forma parte de una tendencia anterior a la intervención.
Selección	El efecto observado se debe a las diferencias entre los participantes en el grupo de intervención y el grupo de comparación.
Maduración	El efecto observado se debe a que los participantes adquieren experiencia y conocimiento en el período entre el pretest y el postest.
Efecto del test	El efecto observado se debe al aprendizaje que tiene lugar como consecuencia de la realización del pretest.
Instrumentación	El efecto observado se debe al cambio en el instrumento o método de medición.
Regresión a la medida	El efecto observado se debe a una variación espontánea en los valores medios de parámetro o medida de efecto cuando la asignación de los participantes se asocia a valores extremos en la variable y ésta tiene variación aleatoria.
Pérdidas	El efecto observado se debe a que las pérdidas en el seguimiento se distribuyen de forma desigual en los grupos de intervención y comparación.

Fuente: Nebot M et al., 2011

**Tabla 2: II.2. Diseños evaluativos en evaluación de resultados**

Tipo	Definición	Ejemplo
Experimental	Diseño evaluativo en el cual la asignación de los individuos al grupo de intervención o al grupo de control es aleatoria (grupos equivalentes).	Ensayo clínico sobre educación sanitaria en pacientes hipertensos.
Cuasiexperimental	Diseño evaluativo en el cual la asignación de individuos a los grupos de intervención y de comparación no es aleatoria.	Comparación de los índices de salud dental en un condado donde se añade flúor al agua de consumo y en un condado similar sin fluorización.
No experimental	Diseño evaluativo en el cual la medición del efecto se realiza únicamente en el grupo de intervención (sin grupo de comparación).	Evaluación de la concentración de humo ambiental de tabaco en locales cerrados antes y después de la ley de tabaquismo.
Observacional	Evaluación del efecto mediante un estudio epidemiológico observacional (estudio de casos y controles o estudio de cohortes).	Evaluación de la efectividad de la vacuna BCG contra la tuberculosis mediante estudios de casos y controles.

Fuente: Nebot M et al., 2011

**Tabla 3: II.3. Glosario de términos utilizados en la evaluación de la efectividad en salud pública**

Accesibilidad		Grado en que se facilita la participación en el programa en su conjunto o en alguna de sus actividades o recursos.
Cumplimiento (dosis, exhaustividad)		Medida de la cantidad de la intervención que ha sido aplicada; normalmente se expresa como el porcentaje del total del contenido previsto que ha sido efectivamente implementado.
Eficacia		Grado en que una intervención produce un resultado beneficioso en los receptores del programa.
Efectividad		Grado en que una intervención produce resultados beneficiosos en el conjunto de la población diana.
Eficiencia		Efectos o resultados de una intervención en relación a los recursos empleados.
Evaluación de impacto		Estudio evaluativo en el cual se valoran globalmente los resultados directos del programa, así como el impacto en las condiciones sociales en que el programa puede influir a largo plazo.
Evaluación de impacto en la salud		Análisis de las consecuencias y posibles implicaciones para la salud pública de iniciativas o procesos sociales o ambientales que no han sido diseñados primariamente como intervenciones de salud.
Evaluación de proceso		Evaluación diseñada para determinar si el programa se administra de la forma planeada a la población diana.
Evaluación de resultados		Evaluación diseñada para determinar si el programa ha alcanzado los objetivos previstos.
Evaluación formativa		Evaluación que se realiza durante la fase de desarrollo de una intervención orientada a obtener información sobre el proceso y los mecanismos de acción con la finalidad de mejorarla y de explorar su factibilidad.
Factibilidad		Viabilidad práctica de un estudio, programa o intervención.
Fidelidad		Medida del grado en que los programas son aplicados de acuerdo al protocolo.
Grupo de comparación		En diseños cuasiexperimentales, los individuos del grupo de comparación son los que no reciben la intervención que se administra a los individuos del grupo de intervención, en quienes se compararán los efectos observados.
Grupo control		En un ensayo aleatorizado o comunitario, los individuos del grupo de control son los que no reciben la intervención que se administra a los individuos del grupo de intervención, en quienes se compararán los efectos observados.
Monitorización (del programa)		Documentación sistemática de aspectos de la ejecución del programa que permiten valorar si está siendo aplicado de la forma planificada o bien si cumple unos parámetros estándar determinados. La monitorización puede ser de proceso o de resultados.
Población diana (población objetivo)		Conjunto de individuos o grupos (familias, comunidades, etc.) a los que se dirige el programa.

Fuente: Nebot M et al., 2011

En la revisión realizada por Nebot M, 2011, expone que en la década de 1960, se plantea por primera vez utilizar diseños experimentales y cuasiexperimentales en la evaluación de intervenciones no farmacológicas.

Desde entonces, el interés por la evaluación se ha generalizado entre los financiadores y los planificadores, los clientes y los usuarios de los programas, con la utilidad social como principal criterio de valoración. La aparición de la medicina basada en la evidencia, hace dos décadas, ha reforzado la importancia de demostrar la utilidad de las intervenciones de salud en términos de eficacia y efectividad.

Para Nebot M et al, en muchas ocasiones la evaluación de intervenciones en salud pública depende de diseños evaluativos débiles (cuasiexperimental, no experimental u observacional) porque no es posible utilizar diseños experimentales como el ensayo clínico controlado.

Puede resultar difícil descartar las amenazas a la validez interna de la evaluación, lo cual puede arrojar dudas sobre los resultados obtenidos y sobre la utilidad social de la intervención. Junto a las limitaciones en la validez interna debidas a la falta de un grupo de comparación equivalente, hay otras limitaciones tales como la complejidad de las intervenciones de salud pública y las limitaciones de los propios indicadores de medida de los efectos.

La mayoría de las veces falta de grupo de comparación equivalente ya sea por cuestiones éticas o razones operativas.

Las intervenciones en salud pública son complejas, tienen múltiples componentes son difíciles de estandarizar y a veces es difícil atribuir los resultados a un componente particular.

Esto sucede con las intervenciones comunitarias, y de forma especial en aquellas dirigidas a promover cambios de conducta, como sucede en el programa mihsalud.

Las limitaciones de los indicadores de medida de los resultados se deben a que los cambios pueden ser difíciles de observar, bien porque sea complicado identificar los indicadores de resultado apropiados (p. ej., si queremos promover una mayor actividad física) o porque los cambios tardan mucho en observarse, como sucede en los programas educativos para la prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes.

Según afirma la Guía de Evaluación Económica de Promoción de la salud, OPS, 2007, “la evaluación realizada con fines científicos es diferente de la evaluación realizada para la toma de decisiones” (Dowie, 2001) y los criterios de la investigación científica, no siempre son útiles y relevantes para la toma de decisiones en promoción de la salud (WHO, 2001; Susser, 1994).

La Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES), la OPS y otros organismos internacionales, “han

reconocido que no existe un método único para evaluar la efectividad en promoción de la salud. La evidencia puede obtenerse de distintas investigaciones epidemiológicas, conductuales, sociales y de otra índole”.

“Los diseños de evaluación en promoción de la salud tienen que ser innovadores para hacer frente a la dificultad de establecer relaciones causales en intervenciones interdisciplinarias, complejas y de múltiples objetivos”.

Se recomienda utilizar “un enfoque que triangule los productos de distintos modelos para lograr una evaluación sólida de diseños complementarios”.

“Todo diseño de evaluación en promoción de la salud debería ser flexible, adaptable, útil y práctico” (OPS, 2007).

Los criterios para establecer relaciones causales están claramente definidos: diseño del estudio, calidad de los datos, muestra representativa, fiabilidad de los instrumentos de medida, control de los sesgos y confusión etc., Pero los aspectos relacionados con la complejidad de las intervenciones no han sido suficientemente estudiados.

La evaluación en promoción de la salud debe considerar la naturaleza cambiante de las intervenciones y explicitar sus justificaciones.

Se revisan algunos enfoques de evaluación en promoción de la salud:

La “sistematización” se valora su utilidad para comprender el fenómeno social. Se la ha definido como “un ejercicio sistemático, permanente y técnico para desvelar cambios en el diseño del protocolo, en la implementación de las intervenciones y los beneficios para diferentes grupos” (Eizaguirre *et al*, 2004; Francke y Morgan, 1995; Gobierno de Chile, 2004). Se utilizan métodos participativos que incorporan para la producción de conocimiento a los diferentes interesados/as y beneficiarios/as, incluidas personas legas.

El enfoque de “evaluación realista” pretende explicar la dinámica de los fenómenos sociales y “desarrollar microteorías para explicar cómo y por qué se producen los cambios observados con una determinada intervención que se desarrolla en un contexto determinado” (Pawson, 2002).

“Los estudios ecológicos son estudios transversales cuya unidad de análisis son poblaciones o grupos”. (Jekel J et al., 1966).

Kelsey, Thompson y Evans (1986) señalaron que el estudio ecológico es adecuado cuando existe interés en los procesos sociales generalizados. También se ha valorado su utilidad para estudiar la salud en un contexto ambiental, examinando la salud de un grupo o comunidad más allá de la salud de sus individuos (Susser, 1994).

Detrás de la evaluación siempre existe un paradigma, el más utilizado en salud ha sido el paradigma de la causalidad,

inspirado en las ciencias naturales y, fundamentalmente cuantitativo, frente a este el usado por las ciencias sociales fundamentalmente cualitativo.

En evaluación de servicios públicos, se empieza a hablar del paradigma de la contingencia, basado en las múltiples interacciones para la producción de un efecto y de la evaluación participativa o de 4ª generación (Cabria A et al., 2008), en la que cobran especial interés los *lobbys* o grupos de poder y los *stakeholders* o grupos de interés y que se define como una evaluación cualitativa, cuantitativa, participativa y multisectorial.

Scriven también define dos lógicas de evaluación diferentes: la “evaluación centrada en los objetivos”, orientada hacia la “verificación de los resultados esperados por los administradores del programa”; y una “evaluación sin objetivos” que “comienza observando la situación de funcionamiento del programa y los cambios que aparecen como efectos o consecuencias de su actividad”, sin cerrarse sólo en lo que corresponda al objetivo contractual fijado por los/as administradores/as del programa y aceptado por el/la evaluador/a (Centro de Salud Pública de Valencia, 2013).

“La evolución cualitativa puede contribuir, identificando estos actores e intereses y asegurándose que el proyecto evaluado y



la evaluación no ignoren u olviden todo lo que pueda explicar el resultado específico obtenido por la acción” (Laperriere, 2007).

#### **II.8.4. Proyecto EVALIPS (Evaluación de Intervenciones Participativas en Salud)**

En 2011, se desarrolló el Proyecto EVALIPS de Evaluación del Programa mihsalud en colaboración con la Cátedra de Recerca Qualitativa de la Universidad Autònoma de Barcelona (UAB) y del Centro de Investigación en Econòmica y Gestión Sanitaria de la Universidad Politècnica de Valencia (Ciegs), y se basa en que la evaluación de cualquier programa de intervención social y salud consiste en determinar el mérito o el valor de dicho programa, con la finalidad de identificar sus posibles espacios de mejora.

El proceso se inició con el reconocimiento del objeto de evaluación, se desarrolla en la generación e interpretación de información relativa a ese objeto, y se culmina con la formulación de conclusiones y recomendaciones de cambio.

Para desarrollar metodológicamente la evaluación del programa mihsalud, se recurrió a dos enfoques. Por un lado el de la llamada “Evaluación basada en la Teoría” y por el otro, el de la “Evaluación participativa” o de “Cuarta generación” (Cabria A et al., 2008, Guba, 1989).

Cuando se habla de Evaluación basada en la Teoría (*Theory based evaluation*) (Green, B. & McAllister, C. 1998), se habla de

la necesidad de diseñar una evaluación basada en la identificación y la articulación detallada del modelo de intervención, la teoría -explícita y/o implícita- que subyace en las prácticas y los planteamientos del programa mihsalud. No hablamos, por tanto, de “teoría” en el sentido tradicional de la palabra (teorías en ciencias sociales, filosofía, etc.). Se trata, más bien, de explicitar qué se espera que suceda durante el proceso de intervención y de cristalizar la “teoría del cambio” (Bickman, 1987; Chen & Rossi, 1983; Weiss, 1972) que asume el programa o, en otras palabras, cual es el modelo “lógico”, “plausible” o “razonable” de cómo se espera que funcione el programa (Bickman, 1987). Una vez identificado este modelo o teoría, éste será utilizado como un marco-guía a lo largo de todo el proceso evaluativo.

La adopción de este enfoque permite comprender el proceso de intervención que propone el programa mihsalud, la naturaleza de las actuaciones que proporciona, su alcance y cómo se espera que estas actuaciones den respuesta a los planteamientos de los diferentes agentes. Esta amplitud es la que permite ir más allá en el proceso evaluativo, al no juzgar la intervención únicamente por sus objetivos explícitos o por sus resultados o productos tangibles, sino por toda la complejidad que despliegan sus prácticas.

Es necesario poner de manifiesto que, identificar la denominada “teoría” del programa mihsalud no es tarea que pueda realizarse al margen de las circunstancias del contexto. Solamente es posible hacer emerger dichas conexiones a partir de la estrecha colaboración con las personas implicadas en el programa. Básicamente, porque las lógicas que subyacen al programa, ni están todas escritas, ni probablemente sean las mismas desde las diferentes visiones.

Así, toma relevancia la voluntad de vincular el diseño de la evaluación a los preceptos de la llamada “Evaluación participativa” (Guba EG et al, 1989, Cousins & Earl, 1992; Cousins & Whitmore, 1998; Greene, 1987).

Este modelo de evaluación se fundamenta en la colaboración activa entre el equipo evaluador, los/las técnicos/as y responsables de los servicios, los equipos de profesionales de la práctica y, dentro de lo posible, también de los destinatarios/as (directos e indirectos) del programa. Esta colaboración activa se traduce en la participación de los diferentes actores y actrices en el diseño, el desarrollo y la interpretación de la evaluación, de acuerdo con diferentes papeles e intensidades.

A través de esta aproximación participativa se construyen preguntas de evaluación relacionadas con las cuestiones que se proponen evaluar; se generan respuestas sensibles a los diferentes puntos de vista; y se interpretan los resultados de la

evaluación teniendo en cuenta los criterios de los diferentes agentes implicados.

“En todo este proceso se utilizará un enfoque multimétodo, ya que las preguntas de evaluación que se consideran, fruto de la participación de los distintos agentes, dejan un amplio margen para la utilización de las técnicas más idóneas para la generación y recogida de los datos (cuantitativas y cualitativas) a utilizar para responderlas”. (Cabria A et al., 2008).

La evaluación, también incluye la perspectiva de género, así hacemos nuestra una definición de evaluación que sugiera la recopilación, el análisis y la interpretación sistemática de información, teniendo en cuenta las circunstancias de partida diferenciales y desiguales de mujeres y de hombres, que nos permita emitir juicios sobre el mérito y el valor del programa evaluado, también teniendo en cuenta la modificación de las relaciones de género promovidas por el mismo (Soriano I, 2008).

El objetivo de esta Tesis es la evaluación resultante de la triangulación de distintos resultados en referencia a una actividad concreta de mihsalud, la atención individual a mujeres inmigrantes latinoamericanas por el Servicio de Mediación Intercultural.

## II.9. MÉTODOS PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE PROYECTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La evaluación económica de programas de promoción de la salud con intervenciones que conllevan participación de la comunidad, presenta importantes dificultades metodológicas a la hora de aplicar los enfoques estándar de evaluación. Esto se refleja en los escasos trabajos que se identifican en las revisiones sobre estudios de coste efectividad referentes a proyectos de promoción de la salud (Centro de Salud Pública de Valencia, 2013).

Algunos estudios referentes a este tema son:

- An economic analysis/modelling of costeffectiveness of community engagement to improve health’ was carried out by the University of York. The principal authors were: Roy CarrHill and Andrew Street, 2008.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2008). Community engagement to improve health. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008. 91p., bibliog. NICE Public Health Guidance; no. 9

A partir de estos informes y otros estudios hemos considerado interesante explorar tres aproximaciones metodológicas:

1. Análisis coste efectividad

2. Valoración y análisis contingente
3. Modelos de análisis multicriterio y modelos matemáticos

### **II.9.1. El enfoque análisis coste-efectividad**

En cuanto a la evaluación económica, se habla de:

Eficiencia o rentabilidad cuando se relacionan los resultados obtenidos con los recursos invertidos o servicios producidos (en términos monetarios), la relación entre un output (servicios) y un input (recursos). Se distingue:

Eficiencia técnica: se puede entender cómo evitar el derroche. Se refiere a “lograr el máximo producto de una determinada cantidad física del recurso, o bien, usar el mínimo nivel de recursos requeridos para lograr un nivel determinado de producto”.

Eficiencia de asignación: valora si hay una distribución correcta de programas o servicios. Plantea preguntas como: “¿es correcto el equilibrio entre atención de la salud y promoción de la salud? o ¿podríamos obtener mejores resultados haciendo más de una cosa y menos de otra?”

No se preocupa solo de cuánto se produce y a qué costo, sino también cómo se distribuyen estos costos y beneficios para valorar si la intervención reduce o no las desigualdades en salud (OPS, 2007).

Hay cuatro formas básicas de evaluación económica en salud que se han aplicado fundamentalmente a las tecnologías sanitarias (López-Bastida J, 2010):

Análisis de minimización de costes: Se recomienda cuando existe evidencia de que los efectos sobre la salud y el bienestar entre las tecnologías examinadas son idénticos.

Análisis de costo-beneficio: “es una forma de evaluación económica en la que los resultados se valoran en términos monetarios para que sean comparables con los costos”. Para obtener los valores monetarios de los beneficios, se puede recurrir a la valoración contingente (Puig J et al., 2000) para saber cuánto está dispuesta a pagar la comunidad por los beneficios que proporciona una determinada intervención. Técnicas como la evaluación de la disposición a pagar, permite a los individuos la inclusión de beneficios relacionados y no relacionados con la salud en su toma de decisiones. Este acercamiento, no obstante, presenta dificultades, pero hay miras a su utilización para la evaluación del alcance de la promoción de la salud (Hale J, 2000).

Análisis de costo-efectividad: “es una forma de evaluación económica en la que los beneficios de las opciones comparadas se miden en unidades que ocurren naturalmente, como años de vida salvados o casos prevenidos (indicadores de morbi-

mortalidad)”. Para el análisis coste-efectividad es necesario disponer de información fiable sobre los objetivos primarios del programa (Lopez-Bastida, 2010).

Según han señalado distintos autores “aunque lo deseable es medir la efectividad en términos de resultados finales, se pueden usar medidas intermedias, siempre que exista cierta evidencia de su relación con los resultados finales” (Pinto-Prades JL et al., 2001, López-Bastida J et al., 2010).

La OPS 2007, para la evaluación económica en promoción de la salud recomienda listar todos los logros esperados, no solo los resultados finales, deben identificarse los cambios intermedios que pueden demostrar que la intervención funciona de acuerdo con lo planificado. También advierte que algunos efectos pueden considerarse tanto un resultado intermedio o como un resultado final, como sucede con el empoderamiento podría valorarse como un fin en sí mismo, pero también como un determinante de la salud.

Análisis de costo-utilidad: “es una forma de evaluación económica en la que los resultados de salud se expresan como un índice único, como Años de Vida Ajustados por Calidad, AVAC”. El uso de QALYs (del inglés Quality Adjusted Life Years; años de vida ajustados por calidad) se está incrementando en valoraciones económicas para la medición genérica de beneficios sanitarios (combinando mortalidad y morbilidad) de



programas de tratamiento y cura. El uso de esta medida en promoción de la salud es problemático. Existen dos razones para esto. Primero, es probable que los QALYs sean demasiado insensibles para registrar cambios resultantes de la intervención de un programa de promoción de la salud. En segundo lugar, los QALYs no son capaces de capturar el rango completo de beneficios derivados de la promoción de la salud, quizás superiores a los de programas de tratamiento (Hale J, 2000).

Por otro lado, es esencial determinar los costes relevantes para la evaluación.

Los costes sanitarios o institucionales, en recursos etc., se recomienda traducirlos a costes unitarios, los cuales pueden provenir de las publicaciones oficiales o de la contabilidad analítica de los centros (López-Bastida J, 2010). En el proyecto EVALIPS, se identificaron las actividades principales del programa mihsalud y se realizó la contabilidad analítica del programa, que permitió imputar un coste a cada actividad.

Si se acepta, como corresponde a la promoción de la salud, una perspectiva social de la evaluación económica, se requiere que todos los recursos estén incluidos independientemente del organismo encargado de suministrarlos. El uso del tiempo voluntario y recursos comunitarios es una característica de las intervenciones en promoción de la salud, debido a la importancia de la participación.

“En las guías internacionales de evaluación económica, no existe consenso sobre el método de valoración de los costes no sanitarios” (López-Bastida J, 2010)

Por otro lado, hay que considerar que “los recursos atraídos a una intervención a través de la acción comunitaria exitosa, representan tanto un costo, como un resultado” (OPS, 2007).

También hay que considerar una visión más amplia de los beneficios, como por ejemplo una evaluación de una intervención de salud pública para reducir el abuso de sustancias tóxicas, consideraría el posible beneficio obtenido de una reducción de los costes de justicia y penales (Drummond M et al., 2008).

En cuanto a la temporalidad de los costes y consecuencias, habrá que considerar además de la tasa de descuento, que la intervención de hoy, puede generar un ahorro de costes en el futuro (OPS, 2007) y se debe reflexionar sobre los costes y beneficios de por vida (Hale J, 2000). No abogando por el uso de una tasa cero para beneficios sanitarios futuros, no se puede discutir que a mayor tasa de descuento, menos favorables se verán los programas de promoción de la salud comparados con programas de tratamiento, los cuales rinden beneficios casi inmediatos (Hale J, 2000).

El objetivo de la evaluación económica es aportar información útil para administradores y responsables de la toma de

decisiones, ya que estos/as han de decidir cómo asignar los escasos recursos disponibles. Los estudios de evaluación económica deben servir para ayudar en la toma de decisiones y no para reemplazarla (López-Bastida J, 2010)

La evaluación económica se define como el “análisis comparativo de líneas alternativas de acción en función tanto de sus costos como de sus consecuencias” (Drummond et al., 1997). Es decir siempre comparará dos opciones, aunque sea la opción de “no hacer nada”. Rara vez el mejor comparador es no hacer nada, ya que aunque no exista otra manera de prevenir el problema de salud, el tratamiento de las consecuencias, siempre será una alternativa (OPS, 2007).

Las buenas intenciones no bastan, ya que si se invierte en programas menos efectivos, se está perdiendo oportunidades de mejorar la salud de las personas, esto es tan aplicable la promoción de la salud como a la atención sanitaria y es el objetivo fundamental de la evaluación económica.

Según afirma la guía de evaluación económica de Promoción de la salud, OPS, 2007, “la evidencia económica existente relativa a la promoción de la salud tiene un alcance extremadamente limitado”. Aunque recientemente se ha realizado una revisión sobre estudios coste-efectividad (Owen L A et al. 2011) y cabe destacar también las importantes aportaciones de las revisiones y recomendaciones de las Guías NICE nº3 y nº 9. El análisis de las

intervenciones de salud pública consideradas por NICE, mostró que generalmente son muy rentables de acuerdo con los umbrales de Niza, es decir que las intervenciones que cuestan menos de 20.000 libras por año de vida ajustado por calidad (AVAC) son consideradas rentables, entre 20.000 y 30.000 libras se consideran rentables si cumplen algunas consideraciones y no recomienda una intervención que supere las 30.000 libras por AVAC. La evidencia económica disponible demostró que la mayoría de las intervenciones en salud pública que consideró NICE habían supuesto un uso altamente costo-efectivo de los fondos públicos.

Las intervenciones de promoción de la salud son “intervenciones complejas porque son multiniveles, multisectoriales y dirigidas a producir múltiples resultados”. Esto que constituye una buena práctica para la promoción de la salud supone una complicación para la evaluación económica, pero los problemas que surgirán no serán diferentes a los que aparecen cuando se realiza la evaluación de la efectividad del programa.

“Los métodos actuales de evaluación económica sanitaria no son adecuados para intervenciones en las que existen importantes dimensiones de efectividad que no constituyen mejoras en la salud o en las que existen dificultades para medir las mejoras en la salud” (Carr-Hill et al., 2008).

Otro enfoque posible son los métodos de modelización matemática, ya sea de la progresión de los resultados clínicos (López-Bastida, 2010) o la modelización matemática del comportamiento (Santonja FJ et al., 2010).

También en la evaluación económica hay que valorar el efecto del contexto, considerado como un sistema complejo, como lo son las escuelas, comunidades de vecinos, etc. Para la OPS, 2007: “es posible (aunque de ninguna manera categórico) que esto requerirá un nuevo enfoque de la evaluación económica”.

Distintas guías (OPS, 2007. López-Bastida et al., 2010) recomiendan una perspectiva social para la evaluación económica en salud. En promoción de la salud que se involucra a muchos sectores de la sociedad, la adopción de la perspectiva del financiador puede llevar a una evaluación parcial que excluya importantes costes y beneficios porque pertenecen a otros sectores (Ej. El empoderamiento o mayor capacidad comunitaria). “Es mejor adoptar una perspectiva social en la evaluación, ya que garantizará que la participación de los asociados en una intervención multisectorial se reconozcan e incorporen a la evaluación” (OPS, 2007).

Para la evaluación económica del programa mihsalud, se han explorado diferentes aproximaciones, dentro del Proyecto EVALIPS de Evaluación del Programa mihsalud en colaboración con la Cátedra de Recerca Qualitativa de la UAB y del Centro de

Investigación en Económica y Gestión Sanitario de la Universidad Politécnica de Valencia.

Con la información de la que disponemos para el programa mihsalud, es muy difícil realizar un estudio de análisis coste utilidad que mida el impacto del programa en términos de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) u otra medida de resultado que implique mejora en la calidad de vida. De igual modo ocurre con los estudios coste-efectividad, ya que no disponemos de información fiable sobre los objetivos primarios o endpoints del programa. (López Bastida J et al., 2010).

En el estudio publicado recientemente (Owen L, et al. 2011), realizado por el NICE, analiza doscientos trabajos sobre el coste/efectividad de las intervenciones sanitarias públicas, concluyendo que el 15% de los casos se ahorraron costes (por ejemplo la intervención fue más efectiva y barata que la comparada). 85% fueron coste/efectivas con un umbral de 20.000 libras por AVAC y el 89 % en el caso en el que se establezca el umbral de coste efectividad a 30.000 libras. Solo un 5,5% de las intervenciones fueron menos efectivas que la establecida como comparación, además el ratio coste-efectividad fue superior a 30.000 libras.

Las intervenciones estudiadas se centraban, en su mayoría, en programas para reducir el tabaquismo (63%), la promoción de la

actividad física (10,5%), la prevención del uso del alcohol (10,5%) y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Un grupo más reducido se centraban en asuntos como bienestar emocional (5,5%), abuso de sustancias estupefacientes (3%), enfermedades de larga duración y dependencia (1,5%), cambio de comportamiento (0,5%) y estrategias de prevención de las enfermedades cardiovasculares (0,5%).

Según el estudio “NICE public health intervention guidance nº 3. One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups”. Las intervenciones de salud pública basada en “counselling / one to one” (ayuda psicológica), son costeefectivas. En resumen los resultados del análisis coste/efectividad son los siguientes:

#### Intervenciones de counselling en ITS

La mayoría de las intervenciones de este tipo resultan coste efectivas cuando se comparan con el “tratamiento usual” (utilizando un ratio umbral de comparación de 30.000 euros por AVAC). El análisis incremental demuestra que breves intervenciones de difusión de información y desarrollo de habilidades específicas (sobre todo en mujeres) producen grandes beneficios a un coste menor. Intervenciones más intensivas también resultan ser al menos coste-efectivas.

Estos análisis son válidos para la población general incluyendo mujeres y jóvenes vulnerables.

Las limitaciones encontradas en el desarrollo de la evaluación del programa mihsalud coinciden con resultados de estudios previos (NICE Public Health Guidance, 2008). En concreto, las principales variables que limitan la evaluación coste-efectividad del programa de acción comunitaria mihsalud se pueden resumir en:

- El proceso de compromiso con la comunidad (y también del empoderamiento), suele ser estratégico, es decir, genera resultados o logros en el largo plazo.
- En consecuencia, es difícil determinar si un resultado o logro determinado, es un efecto atribuible al programa de compromiso con la comunidad implantado, o a otra acción o programa posible que se solape en el horizonte temporal con el programa a evaluar. A su vez, hay que considerar que el grado de intensidad con que el programa se desarrolla, varía con el tiempo, y por tanto, los resultados obtenidos no son una función lineal de los recursos empleados por el programa.
- Asimismo, resulta difícil medir el enfoque del programa debido a la naturaleza intangible de sus objetivos, de forma que en ocasiones, se desconoce que componente u objetivo del programa ha sido el determinante de un logro o resultado



alcanzado.

- Por último, resulta difícil predecir qué hubiera ocurrido si la intervención no hubiera tenido lugar, dado que encontrar grupos de control no siempre es posible, de nuevo, la duración temporal y espacial del programa.

Como señalan Carr-Hill y Street (2008), en los programas de promoción de la salud basados en el compromiso de la comunidad, todos los escenarios tienen una información muy limitada – o información no fiable – en relación con los resultados, además es difícil identificar, por el momento, beneficios substanciales. Por tanto, bajo este contexto, el mejor criterio a aplicar es simple, estudiar si se produce algún ahorro de costes a través de la intervención.

Por tanto, después de la descripción y análisis realizados con anterioridad, la única medida plausible de efectividad es el grado de participación de la comunidad. Comparar los costes de estas actividades con los costes ahorrados en: IVE, ITS y embarazos no controlados.

### **II.9.2. El enfoque valoración y análisis contingente**

Cuando se realiza una valoración económica de bienes y servicios que se pueden adquirir en el mercado, generalmente se utiliza el precio como aproximación al coste de oportunidad,

es decir, cuando una individuo/a decide comprar un bien o servicio a un determinado precio, está revelando sus preferencias y por tanto, la valoración individual de ese bien o servicio.

Sin embargo, para los servicios sanitarios públicos, no existe un mercado donde observar los precios, por lo que debemos recurrir a métodos de valoración alternativos, como es el método de valoración contingente.

Esta técnica se desarrolló originariamente para realizar estimaciones del valor de cambios medioambientales, sin embargo, también se ha utilizado posteriormente en el ámbito de la economía sanitaria (Puig J et al., 2000).

En este sentido, se podría considerar la utilización del método de valoración contingente para realizar una valoración económica del proyecto mihsalud.

#### **II.9.2.1. Definición de la metodología**

Según Carr-Hill et al y Puig et al 2000: “El método de valoración contingente (MVC) es una de las técnicas de las que se dispone para estimar el valor de los bienes y servicios para los que no existe mercado”.

Dicho método consiste en la creación de un mercado ficticio donde, a través de entrevistas, se estiman en términos

monetarios las variaciones en el bienestar de los/as individuos/as por pérdidas o ganancias en la calidad o disponibilidad de un servicio.

Es decir, el objetivo de la entrevista es presentar un escenario creíble donde los/as individuos/as entrevistados/as constituyen la demanda y revelan su disponibilidad a pagar, y el entrevistador representa la oferta. De este modo, se intenta valorar monetariamente, los beneficios y pérdidas en el bienestar que un individuo experimenta cuando un proyecto de salud se introduce o se suprime.

El MVC pregunta cuál sería su máxima disposición a pagar ante una hipotética modificación del bien o servicio. Las diversas modalidades de entrevista utilizadas son: entrevista personal, entrevista telefónica o cuestionario por correo.

Para el caso concreto del programa mihsalud, sería recomendable la modalidad de entrevista personal llevada a cabo por los mediadores/as del proyecto.

Dicha entrevista tiene que estructurarse del siguiente modo:

- Una primera sección de carácter introductorio en el que se presentan los servicios que ofrece el programa y cómo afectará al/la individuo/a su valoración bajo circunstancias hipotéticas.
- En la segunda sección se describe el mercado hipotético y el

método de pago. El método de pago puede definirse como pago directo, donación o pueden considerarse impuestos. En cualquier caso, se recomienda utilizar el método más neutro y que minimice el sesgo, en este caso recurriríamos a la opción hipotética de pago directo o donación.

- La tercera sección hace referencia al proceso de valoración del bien, donde se pregunta al/la individuo/a la cantidad máxima que estaría dispuesto a pagar por el cambio en la provisión de un bien.

Plantearíamos la siguiente hipótesis: Supongamos que el gobierno quiere suprimir el proyecto mihsalud. Cuanto estarían dispuestos a pagar los individuos entrevistados para evitar que se suprima el programa

El formato de la pregunta puede ser abierto o cerrado. En la pregunta cerrada se indica un precio determinado y la persona entrevistada responde si pagaría o no dicha cantidad de dinero por el servicio.

Mientras que el formato abierto pregunta al entrevistado cuánto estaría dispuesto a pagar por el servicio.

Para valorar el proyecto mihsalud elegiríamos el método cerrado ya que resulta más familiar a la persona encuestada porque se asemeja a su decisión de comprar o no un producto real. Además, de este modo se evita el sesgo del precio de salida.

- En la parte final de la encuesta se incluye información socioeconómica referente al encuestado como: renta, profesión, nivel de estudios...etc. Así como información demográfica como: edad, lugar de residencia...etc.

### **II.9.2.2. Aplicaciones al ámbito sanitario**

El método de valoración contingente ha sido aplicado a la valoración de servicios sanitarios especialmente en la década de los 90.

El MVC tiene su respaldo teórico en la economía del bienestar, concretamente en las teorías de Hicks sobre la distribución de los recursos manteniendo los niveles de utilidad constantes. En este sentido, el MVC es sensible a las preferencias individuales asumiendo que la utilidad de los mismos permanece constante. La fiabilidad del método de análisis contingente aplicado a la valoración o medida de los beneficios que reportan determinados servicios sanitarios ha sido revisada desde un punto de vista teórico en trabajos como el de Donaldson et al. 1997, Olsen et al. 1998 y Puig et al.2000.

En dichos estudios se identifican una serie de ventajas y debilidades del MVC partiendo de la revisión bibliográfica en la literatura de ámbito sanitario.

Entre las ventajas que ofrece este tipo de valoración se

destacaron las siguientes:

El MVC demostró ser un método válido a juicio de los entrevistados y por ello el porcentaje de respuestas válidas es muy elevado.

El MVC presenta una mayor sensibilidad para captar los beneficios de un determinado programa, siempre y cuando los objetivos de dicho programa estén bien definidos.

Respecto a las debilidades, los autores mencionan que si bien la disponibilidad a pagar por un servicio es una aproximación al valor del beneficio que obtienen, se observa que dicha disponibilidad a pagar está muy relacionada con la capacidad de pago.

Las respuestas obtenidas en los cuestionarios se basan en preguntas hipotéticas que no ofrecen al/la entrevistado/a ningún incentivo para decir la verdad, siendo las respuestas posiblemente sesgadas. Existe el peligro de un comportamiento estratégico en las respuestas, ya que puede darse una diferencia entre una situación hipotética y una elección real.

Por otra parte, para obtener resultados fiables con el MVC, la muestra del estudio debe ser considerablemente grande.

Estas ventajas y debilidades del MVC, han sido también indicadas por autores/as que han llevado a cabo investigaciones prácticas de aplicación del MVC al ámbito sanitario.

Van den Berg. et al. 2005, en su aplicación del MVC a la

valoración de los cuidados sanitarios informales, señala dos puntos críticos de esta metodología.

En primer lugar, puede darse un comportamiento estratégico entre los/as entrevistados/as, ya que las respuestas dadas en un contexto hipotético pueden variar de las decisiones reales que se tomarían.

En segundo lugar, existe una relación obvia entre la disposición a pagar y los ingresos de la persona entrevistada.

Así mismo, en el estudio desarrollado por Milligan et al en el año 2010, se aplica el MCV para valorar programas de prevención del cáncer. En este trabajo se verifica una de las debilidades esenciales del MVC, y es que la disposición a pagar está relacionada con diversos factores y características personales. Concretamente en este trabajo se verifica como la edad o las probabilidades de sufrir en el futuro un cáncer, determinan la disposición a pagar.

Es decir, esta metodología presenta debilidades a la hora de capturar el verdadero valor o beneficio del servicio o programa sanitario, ya que la disposición a pagar es subjetiva y está relacionada con circunstancias personales.

Sin embargo, el MVC ha sido aplicado con resultados satisfactorios en el ámbito de la salud, cuando los resultados esperados están bien definidos. Como es el caso de Eckerlund et

al. 1995, en el que se formuló una pregunta binaria con el fin de determinar si el actual presupuesto de Suecia en salud era adecuado o era preferible un incremento del mismo. Se pretendía investigar si la población estaba dispuesta a pagar más impuestos para mejorar el sistema sanitario y en qué cantidad. Del mismo modo, los casos analizados por Puig et al., (2000) presentaban un objetivo perfectamente definido.

Por lo expuesto en esta sección, descartamos el MVC para valorar el programa mihsalud, además que consideramos que en este caso los objetivos finales no están bien definidos (el resultado del programa mihsalud es variado y heterogéneo) y la muestra disponible no es suficientemente grande, por todo ello, dadas las debilidades de la metodología, ésta no es aconsejable para incluirla en la valoración económica del programa, sin embargo podría ser considerada para ofrecer una información cualitativa complementaria.

### **II.9.3. El enfoque análisis multicriterio y modelos matemáticos**

El proceso de evaluación de un proyecto, y para el caso concreto del proyecto mihsalud, requiere de la utilización de métodos que determinen objetivamente si los resultados observados son realmente atribuibles a la intervención realizada. Para paliar



dicha dificultad, se recomienda el uso de muestras aleatorias de control, que confirmen las hipótesis definidas por el proyecto.

Sin embargo, en la mayor parte de programas de promoción de la salud, es difícil encontrar grupos de control. (Hale, 2000).

Asimismo, el proyecto mihsalud se engloba dentro de los programas de acción comunitaria, que como ya se ha comentado anteriormente, se caracterizan por promover el desarrollo comunitario, el empoderamiento de la población vulnerable en cuanto a salud se refiere, lo que requiere de técnicas más avanzadas que el método del coste-efectividad, frecuentemente utilizado por los economistas, y que sin dudar de su valía, no es capaz de recoger, y cuantificar los productos intangibles que se desprenden de los programas de acción comunitaria.

Así pues, es necesario considerar posibles modelos alternativos al método coste-efectividad para llevar a cabo la evaluación económica del programa mihsalud.

En esta línea, se presentan, a continuación dos metodologías basadas en modelos de optimización, y modelización matemática del comportamiento humano, que tiene por objeto mejorar la valoración económica de los programas de acción comunitaria.

### II.9.3.1. Modelos de optimización

La investigación operativa, y en concreto la programación lineal, ha sido utilizada en diversos ámbitos de actividad, en las últimas décadas, para el proceso de toma de decisión. En general, las decisiones de los individuos, o de las empresas se establecen en base no a un solo objetivo, o criterio, sino que se pretende alcanzar un equilibrio o compromiso entre un conjunto de criterios económicos, sociales, ambientales, y/o tecnológicos, que en la mayor parte de las ocasiones se encuentran en conflicto, lo que en investigación ha generado el desarrollo de la teoría de la decisión multicriterio. (Multiple Decision Making o MCDM). (Romero C, 1993)

La optimización multicriterio se utiliza cuando la optimización simultánea de varios criterios no es posible, ya que existe cierto grado de conflicto entre ellos.

Así pues, existen diversas variantes dentro de los procesos de optimización multicriterio, en concreto y para el proyecto a valorar, podemos distinguir dos:

- Programación multiobjetivo, caracterizada porque el centro decisor toma las decisiones en un contexto de objetivos múltiples.
- Programación multimeta, en la que se combina un objetivo y un nivel de aspiración.

A través de la programación multiobjetivo, se intenta encontrar un conjunto de soluciones eficientes, cuyos elementos son las soluciones alcanzables, tales que no haya ninguna otra solución que, alcanzado el mismo nivel para todos los objetivos menos uno, obtenga un mejor resultado para el objetivo restante. Hay cuatro enfoques para generar el conjunto eficiente (Romero C, 1991):

- El método de las ponderaciones,

El método de las ponderaciones consiste en multiplicar cada objetivo por un peso o factor no negativo, procediéndose a agregar todos los objetivos ponderados en una única función objetivo.

- El método de las restricciones,

En el método de las restricciones se optimiza uno de los “n” objetivos, incorporándose el resto de objetivos, como restricciones. En el método de las restricciones al igual que en el de las ponderaciones, no se garantiza la generación de todos los puntos extremos eficientes, sino una aproximación al mismo.

- El NISE (Non Inferior Set Estimation)

Este método consiste en una aplicación iterativa del método de las ponderaciones, con la peculiaridad de que los pesos no

se eligen arbitrariamente.

– El simplex multicriterio.

Se compone de tres etapas, y es una extensión natural del algoritmo Simplex. Es el único que garantiza la obtención de todas las soluciones eficientes, sin embargo, su aplicabilidad queda limitada a problemas multiobjetivo de reducido tamaño.

Una vez se hubiera obtenido el conjunto de soluciones eficientes por cualquiera de los métodos citados, el siguiente paso consistiría en introducir las preferencias del centro decisor, a fin de obtener la solución óptima.

El punto de tangencia o intersección entre la curva de posibilidades o soluciones eficientes, y la función de utilidad social del proyecto mihsalud, definiría la solución óptima.

El problema consiste en que la función de utilidad social no es conocida, y para poder obtenerla habría que recurrir a encuestas (valoración contingente) a la población, lo cual como se ha determinado en el apartado anterior de Valoración Contingente, incrementaría enormemente el coste del proyecto.

### **II.9.3.2. Modelización matemática del comportamiento**

El empoderamiento de la mujer a través de la mejora de su nivel de salud se alcanza fundamentalmente a través de 7 métodos, que son: educación, medios de comunicación, programas públicos de participación, organización de asociaciones, y sindicatos, microcréditos, formación, servicios asistenciales, y promoción de derechos. No todas las metodologías tienen el mismo efecto, tanto por las características intrínsecas de la población objeto de dichas prácticas, así como de su entorno, sino también por la dificultad en la medición de logros.

La literatura muestra el éxito del empoderamiento de la mujer a través de los programas de acción pública, en los que se fomente la participación de la misma. (Kar S B et al, 1999).

Para ello, es esencial la existencia de un programa organizado, que sea capaz de proporcionar tanto educación, formación, apoyo asistencial o legal a la población en situación de vulnerabilidad. De esta forma, la persona en proceso de empoderamiento, a través de los recursos previamente mencionados, es capaz de producir beneficios tangibles para su propia comunidad, favoreciendo e influyendo el proceso de empoderamiento de otros.

El proceso de empoderamiento en la persona repercute en la

comunidad con la que el individuo se relaciona, generando un efecto de propagación o contagio social y adquiere una gran relevancia en el estudio del empoderamiento comunitario. Para conocer el impacto del mismo, es posible el desarrollo de modelos matemáticos discretos en los que se considera que a través del programa mihsalud el/la individuo/a empoderado/a (a través de los métodos citados anteriormente, que son objeto del programa, como son los talleres, la mediación, los foros de los martes, etc...) es capaz de propagar su empoderamiento psicológico, y personal (capacidades y aptitudes desarrolladas, conocimientos adquirido, etc) a los/as individuos/as de la población vulnerable con los que interactúa directa o indirectamente. Esta misma metodología matemática, basada en el algoritmo NolderMead, haciendo uso del software Matemática, ha sido utilizada en diversos estudios de contagio social (De la Poza et al, 2011; García et al, 2011; Santonja et al, 2010).

### **II.9.3.3. Ejemplo de modelo de modelo matemático - dinámico de análisis del proceso de empoderamiento**

El modelo matemático permite estimar la evolución del proceso de empoderamiento de la población vulnerable a través del programa mihsalud.

De esta forma sería posible determinar el alcance del programa, en término de número de personas totalmente empoderadas, y personas en proceso de empoderamiento, así como sería posible estimar el efecto de otros parámetros que estén midiendo el proceso de empoderamiento.

Así pues, la población objeto del programa, quedaría clasificada en una de las tres posibles categorías del sistema:

- **V:** población vulnerable, definida como las mujeres latinoamericanas vulnerables por factores tales como bajo nivel educativo, económico, cultural, baja autoestima.
- **M:** personas que se encuentran en proceso de empoderamiento, que han entrado en contacto directa (a través de una mediadora, entrevistas personales) o indirectamente (efecto contagio: el encuentro entre una empoderada y una persona vulnerable, produce el tránsito de la persona vulnerable a una situación de mayor empoderamiento) con el programa mihsalud.
- **E:** personas empoderadas a través de cualquiera de los 7 métodos citados. (Kar S B, 1999).

Hipótesis del modelo:

$n_i$ = proporción de inmigrantes, mujeres y latinoamericanas, que

cada año llegan a Valencia, al área objetivo del programa.

$d_i$ = tasa de fallecimiento anual de las subpoblaciones (i: V;M;E).

$m_i$ =tasa de movilidad geográfica de la población, por lo que dejan de formar parte de la población objeto de estudio.

(i=V;M;E).

$C_1$ =tasa de contagio social o propagación del empoderamiento.

Como consecuencia del encuentro de una persona empoderada con una vulnerable, se produce el tránsito de la persona vulnerable a mediada (se empodera por contacto). Asimismo, el encuentro entre una persona mediada y otra empoderada genera el tránsito a empoderada.

$S_1$ =como consecuencia del proceso de integración social, bien en el trabajo, bien a través de los medios de comunicación (televisión, prensa, Internet), o de los hijos en edad escolar, la persona se empodera, pasando de ser vulnerable a ser mediada, o de mediada a estar empoderada.

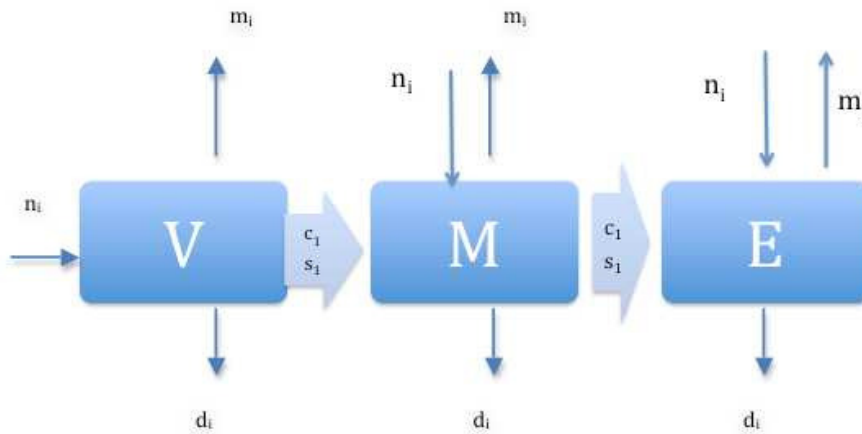
En cualquier caso, se considera que la persona sólo transita de un nivel a otro superior, (de vulnerable a mediada, o bien de mediada a empoderada).

De igual manera, se considera que una persona que adquiere unos conocimientos, capacidades, es decir, que se empodera, no hay causa alguna, o motivo por el cual retroceda en su nivel de empoderamiento, incluso cuando se produzca una movilidad



geográfica que la haga salir de la población objeto de estudio.

**Figura 13: II.13. Modelo de análisis de proceso de empoderamiento**



Fuente: Elaboración propia

La expresión matemática del modelo es la siguiente:

$$V_{n+1} - V_n = n_i V_n - d_i V_n - m_i V_n - c_1 V_n E_n - s_1 V_n$$

$$M_{n+1} - M_n = n_i M_n - d_i M_n - m_i M_n - c_1 M_n E_n + c_1 V_n E_n - s_1 M_n$$

$$E_{n+1} - E_n = n_i E_n - d_i E_n - m_i E_n + c_1 M_n E_n + s_1 M_n$$

De esta forma se establece un sistema de ecuaciones, en el que se representa el tránsito de las subpoblaciones definidas en dos momentos de tiempo. Así, es posible determinar, las tasas de tránsito de una subpoblación a otra para cada año, conocer así el grado de empoderamiento de la población, y por tanto el grado de logro del programa mihsalud, y el coste del mismo, a

través de la estimación del coste medio unitario de cada nivel de subpoblación.

**CAPÍTULO III OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DE LA  
TESIS**

### **III.1. OBJETIVOS**

#### **III.1.1. Objetivo General**

Evaluar desde la perspectiva socio-económica, la mediación intercultural en un programa de promoción de la salud y participación ciudadana.

#### **III.1.2. Objetivos Específicos**

1. Analizar los principales motivos de consulta con el servicio de mediación de mihsalud.
2. Analizar el perfil de las mujeres atendidas.
3. Analizar las características de la intervención realizada.
4. Evaluar desde el enfoque de evaluación participativa o de 4ª generación la percepción por parte de las usuarias, las mediadoras interculturales y los/as profesionales de salud, del Servicio de Mediación Intercultural.
5. Identificar los cambios en métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres y el consumo de servicios relacionado con salud sexual y reproductiva tras la mediación.
6. Evaluar desde la perspectiva social y económica de la mediación intercultural.

### III.2. ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL

La presente tesis consiste en la evaluación mediante triangulación de métodos, de la actividad de atención individual proporcionada a mujeres inmigrantes por parte del servicio de mediación intercultural en el programa mihsalud.

Mihsalud es un programa de movilización social y alta difusión (*outreach*) en entornos de grandes ciudades (Valencia) para promover la salud y acceso a los servicios dirigido a poblaciones en situación de vulnerabilidad con perspectiva de género e interculturalidad. Pretende promover la salud a través de la innovación, la participación, el empoderamiento y la reorientación de los servicios de salud.

La mediación intercultural es una figura clave en el programa, con una doble función: por una parte, la dinamización comunitaria, con la visita a asociaciones, organización de talleres de salud, apoyo a la labor de los Agentes de Salud de base Comunitaria (ASBC), etc.; y por otra parte, una labor de atención individual a personas en situación de especial vulnerabilidad.

La tesis se centra en la evaluación de la atención individual del servicio de mediación y específicamente las atenciones a mujeres, que suponen el 86,5% de las atenciones realizadas.

El CAPÍTULO I se dedica al preámbulo de la tesis. En el CAPÍTULO II se explora la situación actual de los fundamentos del programa mihsalud y en qué medida el programa los asume, mediante una revisión exhaustiva de los trabajos científicos y los documentos de los organismos internacionales.

En el CAPÍTULO III se desarrollan los objetivos y estructura de la tesis.

El CAPÍTULO IV se basa en un artículo recientemente publicado: Alcaraz Quevedo, M., Paredes-Carbonell, J. J., Sancho Mestre, C., López-Sánchez, P., García Moreno, J. L., & Vivas Consuelo, D. (2014). Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 88(2), 301-310.

En este artículo se describen distintos aspectos del proceso, como la cobertura, la detección, la atención y la derivación que realizan las mediadoras interculturales.

En el CAPÍTULO V, se realiza una aproximación a la Evaluación del impacto de la atención individual de la mediadora intercultural, mediante una auditoria de historias en una muestra de historias clínicas de mujeres atendidas por la mediadora intercultural y que acuden al Centro de Salud Sexual y Reproductiva. La fuente de información ha sido la Historia Clínica Electrónica y el módulo de Sistema de Información

Ambulatoria (SIA), que se alimenta de la información registrada por profesionales de AP y del CSSR. Se analizan los cambios en la utilización de métodos anticonceptivos y el consumo de servicios por motivos de salud sexual y reproductiva tras la mediación. Se realiza, asumiendo las recomendaciones de la evaluación económica del programa, la evaluación del impacto económico: Análisis de costes.

El CAPÍTULO VI se centra en la “Evaluación participativa” o de “Cuarta generación” (Cabria A et al., 2008, Guba, 1989, Evalips, 2011) concerniente el servicio de mediación intercultural.

Finalmente la discusión de los resultados, las limitaciones de los estudios y las futuras líneas de investigación se recogen en el CAPÍTULO VII para finalizar la presente tesis con el CAPITULO VIII: conclusiones y la bibliografía consultada.

**CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL  
SERVICIO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN  
EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE  
PROMOCIÓN DE LA SALUD**



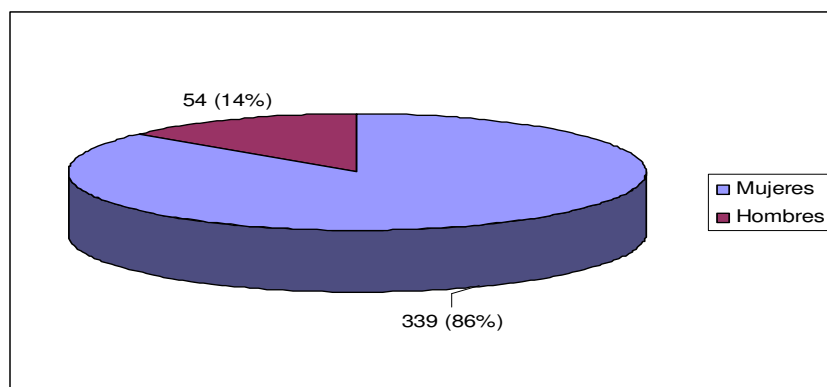
## IV. 1. INTRODUCCIÓN

La mediación intercultural en el programa mihsalud realiza dos tipos fundamentales de actividades, las relacionadas con la intervención comunitaria y la atención individual.

El objetivo del presente estudio ha sido analizar los principales motivos de consulta con el servicio de mediación de mihsalud, el perfil de las mujeres atendidas y las características de la intervención realizada.

El análisis se ha centrado en las mujeres que han sido las principales usuarias del Servicio de Mediación:

**Figura 14: IV.1. Población por sexo atendida por la mediadora intercultural (N = 393)**



Fuente: Programa mihsalud

## **IV.2. MÉTODOS**

**IV.2.1. Diseño del estudio:** Estudio transversal en el que se evalúa la atención proporcionada a las mujeres inmigrantes por las mediadoras interculturales (MI) a partir de los registros generados en cada consulta.

**IV.2.2. Población a estudio:** Se estudian todos los episodios de atención a mujeres inmigrantes por las MI en la ciudad de Valencia, registrados desde febrero de 2008 a octubre de 2011. En total, 339 episodios, siendo un episodio por cada mujer.

### **IV.2.3. Instrumentación**

#### **IV.2.3.1. Fuente de información y recogida de datos**

Los datos proceden de una base de datos creada “ad hoc” en Access para registrar la información relevante surgida a lo largo de las consultas de atención individual de las MI.

En la Figura IV.2 se presentan las variables sociodemográficas y los motivos de derivación a la MI, en. La Figura IV.3. se recoge los factores de vulnerabilidad detectados por la MI y la Figura IV.4. la intervención y derivación que realiza la MI. La descripción de cada una de las variables se hace en un posterior apartado.

**Figura 16: IV.2. Datos sociodemográficos y motivos de derivación a MI**

REGISTRO CONSULTAS DEL SMI

CODIGO: [numér] CENTRO: [ ] FECHA: [ ]

APELLIDOS: [ ] NOMBRE: [ ]

IDENTIFICACION | FACTORES VULNERABILIDAD | INTERVENCIÓN / DERIVACION | COMENTARIOS | SUCEVAS | CONTROLES

MEDIADORA: [ ] F\_NAC: [ ] EDAD: [ ] SEXO: [ ] TIPO VISITA: [ ]

PAIS DE ORIGEN: [ ] CIUDAD NACIMIENTO: [ ]

TF-CONTACTO: [ ] TF-CONTACTO2: [ ] ESTUDIOS: [ ]

II. TIPO DE ACREDITACIÓN TARJETA SANITARIA

TARJETA SANITARIA: [ ] N SIP: [ ] TAS: [ ]

III. ITINERARIO DE LA REMISIÓN

REMITIDO/A POR: [ ]

MOTIVOS

EPS: [ ]

PROBLEMAS SSyR: [ ] SSyR: [ ]

INSERCIÓN SOCIAL: [ ] I.S.: [ ]

VIOLENCIA DE GENERO: [ ] OTROS: [ ]

ALERTAS: [ ]

Registro: 394 de 394

Fuente: Programa mihsalud

**Figura 15: IV.3. Factores e vulnerabilidad detectados por la MI**

REGISTRO SMI - [REGISTRO CONSULTAS DEL SMI]

Archivo Edición Insertar Registros Ventana 2

CODIGO: [numér] CENTRO: [ ] FECHA: [ ]

APELLIDOS: [ ] NOMBRE: [ ]

IDENTIFICACION | FACTORES VULNERABILIDAD | INTERVENCIÓN / DERIVACION | COMENTARIOS | SUCEVAS | CONTROLES

RESIDENCIA EN ESPAÑA (meses): [ ] SITUACION ADMINISTRATIVA: [ ]

ACTIVIDAD ACTUAL: [ ] ACTIVIDAD ACTUALB: [ ] ESTUDIA: [ ]

VIVIENDA: [ ] TIPO DE CONVIVENCIA: [ ] N° PERSONAS EN HOGAR: 0

TIENE PAREJA: [ ] VIVE CON PAREJA: [ ] HIJOS: 0 A CARGO: 0 REAGRUPACION: [ ]

IV. MOTIVOS DETECTADOS

EPS: [ ]

PROBLEMAS SSyR: [ ] SSyR: [ ]

INSERCIÓN SOCIAL: [ ] I.S.: [ ]

VIOLENCIA GENERO: [ ] OTROS: [ ]

Fuente: Programa mihsalud

Figura 17: IV.4. Intervención y derivación de la MI

Fuente: Programa mihsalud

Las consultas de las MI estaban ubicadas en dos centros de atención primaria (CAP) de la ciudad de Valencia, donde las MI atendían previa cita, a las mujeres inmigrantes, garantizando una adecuada acogida y confidencialidad. La consulta duraba entre 30 y 60 minutos.

Los servicios de mediación eran proporcionados por una mujer colombiana y una mujer marroquí, de 27 y 29 años respectivamente; ambas estaban acreditadas por la Generalitat Valenciana como mediadoras y fueron formadas en temas de salud sexual y reproductiva, utilización del sistema sanitario y prevención de la violencia de género.

Las personas eran remitidas a las MI por las/los profesionales de CAP y Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) con los que

el equipo del programa consensuó los criterios de remisión, ya que todas las mujeres latinoamericanas no presentan criterios de vulnerabilidad. Estos criterios eran: no utilización o utilización inadecuada de métodos anticonceptivos, interrupciones voluntarias de embarazo de repetición, violencia de género, problemas sociales, de incomunicación etc.

Las MI, tras la consulta, derivaban de forma urgente o programada a servicios sociosanitarios. Urgente, en los casos fundamentalmente de violencia de género o demanda de IVE, en los que se gestionaba una cita para el mismo día o el día siguiente. Programada, cuando se gestionaban telefónicamente y se le proporcionaba a la mujer una cita para consulta al CSSR, matrona, trabajo social, enfermería, medicina de familia, pediatría o centro de atención 24 horas (centro de atención permanente a mujeres víctimas de violencia de género).

**IV.2.3.2. Variables cualitativas.** Se recogieron las siguientes variables:

**A. Motivos de derivación a las MI:** información y demanda de métodos anticonceptivos (MAC), problemas sociales, problemas de pareja, violencia de género, demanda de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE) (incluye necesidades de atención

pre y post IVE), captación precoz para el seguimiento de embarazo en CAP y otros.

**B. Profesional que remite a las MI:** profesionales de CSSR, matrona, medicina de familia, enfermería, trabajo social y otros.

**C. Motivos y problemas detectados por las MI:** información y demanda de MAC, problemas sociales, problemas de pareja, violencia de género, demanda de IVE (incluye necesidades de atención pre y post IVE), captación precoz para el seguimiento de embarazo en CAP y otros.

**D. Tipo de intervención de las MI:** información sobre acceso y funcionamiento del CSSR y sobre MAC, promoción del uso del preservativo y reflexión sobre proyecto reproductivo, proyecto migratorio o rol de género.

**E. Tipo de derivación de las MI a servicios socio sanitarios:** urgente o programada.

**F. Servicio al que derivan las MI:** profesionales del CSSR, matrona, medicina de familia, trabajo social, enfermería y otros.

**G. Sociodemográficas.** Edad, país de origen, situación administrativa, posesión de tarjeta sanitaria, situación laboral, nivel de instrucción y tiempo de residencia en España, tipo de convivencia (pareja, hijos, compañeros/as de piso), número de personas en el hogar y convivencia con los/as hijos/as.

**IV.2.4. Análisis estadístico.** Se realizó un análisis descriptivo de las variables para los registros de las 339 mujeres atendidas. En las variables relacionadas con los determinantes sociales, se analizaron las posibles diferencias entre los países de origen más frecuentes, (Bolivia, Ecuador y Colombia) utilizándose el test ANOVA de un factor para variables cuantitativas y el test  $X^2$  para cualitativas mediante el programa SPSS 15.0.

### **IV.3. RESULTADOS**

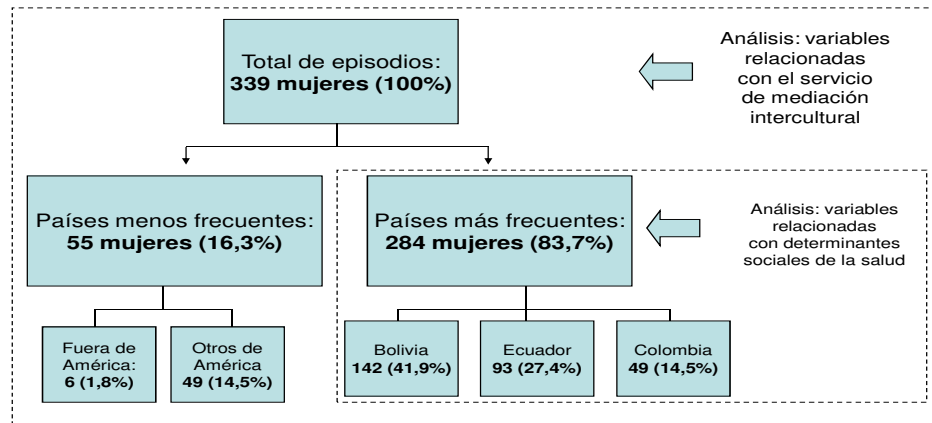
De los 339 episodios de mujeres estudiados, en solo dos, las mujeres atendidas no tenían tarjeta sanitaria.

El país de origen fue Bolivia en 142 mujeres (41,9%); Ecuador en 93 (27,4%); Colombia en 49 mujeres (14,5%); otras 49 (14,5%) procedían del resto de países de América Central y del Sur; y 6 (1,8%) de otros países (Figura IV.5). Alcanzándose el criterio de cobertura, mujeres de origen latinoamericano.

No se encontraron diferencias significativas por países en las variables del proceso de atención de las MI (motivos y profesionales que remiten, tipo de intervención, derivación, etc.). Así pues, para disponer de un mayor tamaño de muestra y dar mayor solidez a los resultados, se analizaron para estas variables el total de los 339 episodios.

En una segunda etapa, se seleccionaron las 284 mujeres de los países más frecuentes (Bolivia, Ecuador y Colombia) y se analizaron las variables relacionadas con los determinantes sociales (Figura IV.5).

**Figura 18: IV.5. Diagrama de flujo del estudio sobre mujeres atendidas en el servicio de mediación intercultural**

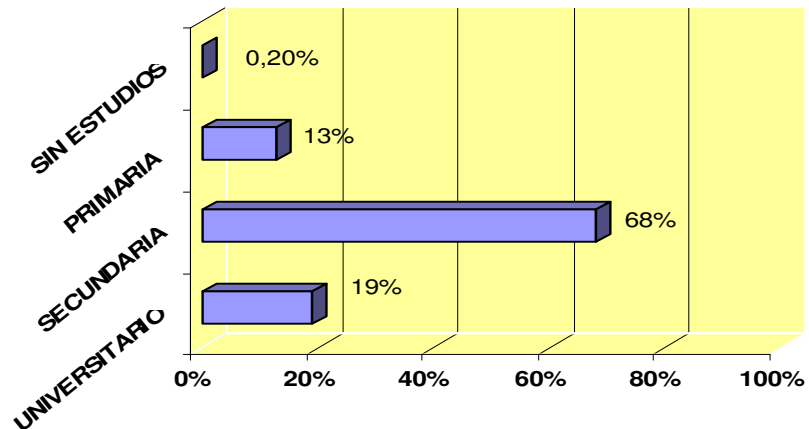


Fuente: (Alcaraz M et al., 2014)

De los 339 registros de mujeres, 234 (69%) tenían entre 21 y 35 años y 31 (9%) eran menores de edad; la media de edad fue de 29 años (DE=8,34) y esta variable no mostró diferencias significativas por países ( $p>0,05$ ) (Tabla IV.1).



**Figura 19: IV.6. Nivel de estudio de las mujeres atendidas por la MI**



Fuente: (Alcaraz M et al., 2014)

231 (68%) mujeres tenían nivel de estudios de secundaria y 64 (19%) estudios universitarios (Figura IV.6) no observándose diferencias entre países ( $p>0,05$ ) (Tabla IV.1).

Según los registros, 275 mujeres (81%), vivían en alquiler y 166 (48%) compartían piso; 273 (70%) convivían con 4 personas o más; 226 (66,7%) tenían pareja y 183 (54%) convivían con ella.

104 mujeres (30,7%) no tenían hijos/as y 103 (30,6%) tenían un hijo/a; no observándose diferencias significativas por países ( $p>0,05$ ) en estas variables, excepto que las mujeres de Ecuador eran las que con más frecuencia convivían con sus hijos/as y las de Bolivia las que con menor frecuencia ( $p<0,05$ ) (Tabla IV.1).

Las mujeres bolivianas fueron las que más se encontraban en situación irregular y las ecuatorianas las más regularizadas

( $p < 0,05$ ) (Tabla IV.1). La situación de irregularidad en las mujeres bolivianas era 5,2 veces más frecuente que en las mujeres ecuatorianas y 4,7 veces que en las mujeres colombianas.

En cuanto a la situación laboral, en los tres países casi un tercio de las mujeres presentaban situación de desempleada sin subsidio. Por otro lado, en las mujeres bolivianas "estar empleada sin alta en la seguridad social, trabajando en labores domésticas" era 3,3 veces más frecuente que en las mujeres ecuatorianas y 12,1 veces más frecuente que en las colombianas ( $p < 0,05$ ) (Tabla IV.1).

75 mujeres (52,8%) naturales de Bolivia llevaban menos de 3 años residiendo en España, siendo las de más reciente llegada. Las de Ecuador eran las que llevaban más tiempo, 67 (72,1%) más de 5 años, siendo estas diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) (Tabla IV.1).

**Tabla 4: IV.1. Características sociodemográficas de las mujeres atendidas por el servicio de mediación**

	País de origen						p
	Bolivia	%	Ecuador	%	Colombia	%	
Edad Media	28 (DE =9,49)		30 (DE=5,97)		28 (DE=6,51)		p<0.05
Situación Administrativa							p>0.05
Irregular	95	66,9	12	12,9	7	14,29	
Regular	42	29,58	80	86,02	33	67,35	
No consta	5	3,52	1	1,08	9	18,37	
Nivel de estudios							p>0,05
Primaria	15	10,56	12	12,9	0	0,00	
Secundaria	70	49,3	53	56,99	26	53,06	
Universitaria	22	15,49	8	8,60	10	20,41	
No consta	35	24,65	20	21,51	13	26,53	
Situación laboral							p<0,05
Ama de casa	3	2,11	6	6,45	2	4,08	
Autónoma	0	0,00	0	0,00	1	2,04	
Desempleada con prestación	5	3,52	7	7,53	3	6,12	
Desempleada sin prestación	37	26,06	31	33,33	15	30,61	
Empleada con SS	18	12,68	31	33,33	10	20,41	
Empleada sin SS	70	49,30	14	15,05	2	4,08	
Estudiante	3	2,11	3	3,23	7	14,29	
No consta	6	4,23	1	1,08	9	18,37	
Tiempo de residencia							p<0,05
Hasta 3 años	75	52,82	13	13,98	22	44,90	
De 4 a 5 años	47	33,10	13	13,98	11	22,45	
De 6 a 7 años	12	8,45	18	19,35	0	0,00	
Más de 7 años	8	5,63	49	52,69	16	32,65	
Convivencia con hijos							p<0,05
Sí	58	55,77	20	83,33	51	70,83	
No	46	44,23	4	8,16	21	29,17	
Total	142	100,00	93	100,00	49	100,00	

Fuente: (Alcaraz M et al., 2014)

Tal como expresa la Tabla IV.2, 123 mujeres (36,30%) se remitían al servicio de mediación por profesionales del CSSR y 98 (28,90%) por la matrona. Los/as profesionales remitieron 272 mujeres (80,24%) para información y demanda de MAC y el principal motivo de consulta que identificaron las MI era igualmente la demanda de información sobre anticonceptivos, no observándose diferencias significativas por países ( $p>0,05$ ).

Por otro lado, los profesionales derivaron a 26 mujeres (7,67%) por problemas sociales y las MI durante la consulta, los identificaron en 67 mujeres (19,7%). Las/os profesionales de la salud remitieron a 18 mujeres (5,3%) por violencia de género y las MI identificaron este problema en 38 mujeres (11,2%) de las que acudían a su consulta (Tabla IV.2).

De forma global, las MI derivaron a 299 mujeres (88,20%) al CSSR, 19 (5,60%) a la trabajadora social y 17 (5,01%) a la matrona. 96 mujeres (28,32%) fueron derivadas a otros servicios, como el Centro Mujer 24 horas, asociaciones de población inmigrante, de mujeres o a las actividades propias del programa mihsalud.

**Tabla 5: IV.2. Profesionales que remiten, motivos de derivación, problemas detectados por las mediadoras, tipos de intervención y derivaciones del servicio de mediación**

Remisión por		
Profesionales del CSSR	123	36,30
Matrona AP	98	28,90
Medicina de familia	50	14,80
Enfermería	20	5,90
Trabajador/a social	3	0,88
Otros	45	13,28
Motivos de derivación a las MI <sup>1</sup>		
Información y demanda de anticonceptivos	272	80,24
Problemas sociales	26	7,67
Problemas de pareja	20	6,00
Violencia de género	18	5,31
Demanda de IVE <sup>2</sup>	17	5,01
Captación de mujeres embarazadas	6	1,77
Otros	12	3,53
Motivos y problemas detectados por las MI <sup>1</sup>		
Información y demanda de anticonceptivos	243	71,70
Problemas sociales	67	19,70
Violencia de género	38	11,20
Demanda de IVE <sup>2</sup>	20	5,50
Problemas de pareja	18	5,30
Captación de mujeres embarazadas	6	1,77
Otros	20	5,90
Tipos de intervención de las MI <sup>1</sup>		
Informa acceso a CSSR	297	87,60
Promoción uso preservativo	291	85,80
Proyecto reproductivo	264	77,90
Rol de género	236	69,60
Proyecto migratorio	236	69,60
Tipos de derivación por las MI		
Urgentes	60	17,70
Programadas	279	82,30
Derivada por las MI a <sup>1</sup>		
Profesionales del CSSR	299	88,20
Trabajador/a social	19	5,60
Matrona AP	17	5,01
Medicina de familia	7	2,60
Enfermería	6	1,77
Otros	96	28,32
CSSR=Centro de Salud Sexual y Reproductiva		
(1) Posibilidad de respuestas múltiples		
(2) Incluye "necesidad de atención pre y post IVE"		

Fuente: (Alcaraz M et al., 2014)

**CAPÍTULO V.**  
**EVALUACIÓN ECONÓMICA Y DEL IMPACTO DEL**  
**SERVICIO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL.**

## V.1. INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud es un campo que ha sido relativamente descuidado por economistas de la salud. Son varias las razones para esto, incluyendo una falta de demanda por parte de especialistas en promoción de la salud, falta de comprensión de las contribuciones que podría ofrecer la economía de la salud a este área, falta de comprensión acerca de las pretensiones de la promoción de la salud por parte de economistas de la salud y dificultades patentes en la aplicación de técnicas de evaluación económica a programas de promoción de la salud (Hale J, 2000).

En la evaluación económica del programa mihsalud las principales limitaciones se deben a: la dificultad de disponer de información de resultados, la propia complejidad del programa y porque no, también las limitaciones del equipo investigador. En este contexto el objetivo de esta evaluación económica es realizar una contabilidad analítica del programa, que ha permitido imputar costes a las diferentes actividades y realizar la evaluación del impacto económico y plantear los distintos enfoques posibles de la evaluación económica de un programa de promoción de la salud e intervención comunitaria y realizar propuestas y recomendaciones.

Para realizar la evaluación económica se ha contado con el asesoramiento del Centro de Investigación y Gestión Sanitario de la Universidad Politécnica de Valencia y lógicamente la evaluación económica se ha planteado para el conjunto del programa y no para actividad concreta del servicio de mediación intercultural individual.

En el programa se han invertido durante cinco años de funcionamiento 442.943 euros alcanzando una cobertura estimada del 20% (34.4 % de las mujeres y el 7 % de los hombres) de la población latinoamericana residente en la ciudad de Valencia (un total de 48.329) de los cuales 26.624 son mujeres (Oficina Estadística del Ayuntamiento de Valencia, 2012).

Los costes del programa se han obtenido para cada uno de los años y se han imputado a las actividades del programa.

En los programas de promoción de salud que se centran en acciones a nivel de la comunidad la aplicación de modelos de evaluación económica tradicional tienen una difícil aplicación. Éste es el caso del programa mihsalud.

La metodología que hemos seguido se basa en el análisis de Carr Hill R, Street A (2008), y en las aproximaciones metodológicas propuestas por Hale, J (2000). El proceso ha sido el siguiente:



1. Identificar las actividades principales y estrategias.
2. Identificación y medida de beneficios y resultados.
3. Revisión de los modelos de evaluación económica aplicados a este programa.
4. Evaluación económica del programa.
5. Propuesta de recomendaciones.

El impacto final del programa es difícilmente cuantificable porque abarca 3 objetivos primarios no cuantificados inicialmente y muy ambiciosos: promover los embarazos planificados, promover las relaciones de igualdad hombre-mujer y promover la protección frente a las ITS (incluyendo la infección por VIH). Los objetivos primarios en cada uno de ellos no están determinados claramente en el programa.

Aunque existía una línea de base inicial que clarifica algunos objetivos primarios (endpoint), (por ejemplo las interrupciones voluntarias del embarazo, IVE), no se habían realizado estudios específicos a lo largo del programa. Por otro lado no todas las actividades del programa se centraban en una zona geográfica, si no que en ocasiones abarcaban distritos dispersos.

La estrategia de la intervención ha sido el “empoderamiento (empowerment)” individual y de la comunidad.

Las opciones a comparar, en este caso no están claras. No existe un grupo control definido previamente y dada la dispersión del programa es difícil a posteriori establecerlo. Por tanto, la opción más apropiada sería comparar el programa MIHSalud con la opción “no hacer nada” (López Bastida M et al. 2010).

La medida de la efectividad, utilidad o beneficio es más difícil de realizar. Tres enfoques se han explorado para ello.

- Para la realización de una valoración coste/efectividad/utilidad se precisan medidas de resultados o “outcomes”. En este programa no se han identificado resultados aunque si existen trabajos que utilizan los AVAC’s (Años de vida ajustados por calidad) para medir la utilidad de un programa de acción comunitaria. (Owen L et al., 2011).
- Para la evaluación coste-beneficio, se han revisado algunos estudios de análisis y valoración contingente. El enfoque de estos estudios se basa en la disposición a pagar (DAP) por parte de los beneficiarios del programa. La necesidad de realizar encuestas muy costosas limitan su uso.
- Modelos matemáticos de simulación y de análisis multicriterio son otros enfoques que aparecen en la literatura. Estos modelos permiten realizar hipótesis y

predecir consecuencias en función de las hipótesis propuestas.

Tras analizar estos enfoques y dadas las limitaciones de información disponible, para la evaluación económica en el futuro se propone desarrollar un modelo matemático que estime el grado de “empoderamiento” resultante del proceso de acción social implantado durante los años de duración del programa. Con la modelización matemática a través de hipótesis y estimaciones se prevé el número de personas empoderadas y el coste que supone empoderar a cada una de ellas. La teoría base de este modelo es el estudio del comportamiento mediante modelos matemáticos (Santonja F J, 2010).

Como ya se ha explicado la opción más apropiada sería comparar el programa mihsalud con la opción de “no hacer nada” y, la única medida plausible de efectividad es comparar los costes de las actividades del programa, con los costes ahorrados en IVE, ITS y embarazos no controlados, para lo que se ha realizado la evaluación del impacto económico: Análisis de Costes.

En este Capítulo primero se analiza la lógica de la intervención del programa, para identificar claramente los objetivos, actividades y resultados. Posteriormente se realiza un análisis de costes del programa y una evaluación del impacto de la atención individual de la mediadora intercultural (MI), mediante auditoría de Historias Clínicas y entrevista a mujeres atendidas por la MI,

finalizando con un análisis de los posibles costes ahorrados.

## **V.2. LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA**

### **V.2.1.Objetivos y resultados esperados**

#### **V.2.1.1.El objetivo principal**

Mejorar la salud sexual y reproductiva mediante el empoderamiento de la población inmigrante latinoamericana de la ciudad de Valencia

**V.2.1.2.Los objetivos específicos**, se clasificaron en tres bloques:

- Promover los embarazos planificados
- Promover las relaciones de igualdad hombre-mujer
- Promover la protección frente a las ITS (incluyendo la infección por VIH)

#### **V.2.1.3.Resultados esperados**

“La salud sexual y reproductiva de las personas inmigrantes de la zona de intervención del proyecto ha mejorado”

- El número de embarazos no planificados ha descendido
- Las mujeres con controles de seguimiento de embarazo se

han incrementado

- Han aumentado los casos detectados de violencia de género
- Han descendido los casos de ITS

#### **Resultados intermedios esperados**

- Empoderamiento de la población inmigrante residente en la ciudad de Valencia, respecto a las cuestiones de salud sexual y violencia de género.

### **V.2.2. Actividades**

#### **V.2.2.1. Actividades de mediación intercultural en salud**

1. Mediación intercultural individual
2. Conversaciones informales
3. Puntos informativos
4. Talleres

#### **V.2.2.2. Actividades de formación de profesionales en competencia intercultural y atención a la salud (a través de la EVES)**

1. Cursos sobre interculturalidad y salud
2. Taller de “Comunicación y competencia intercultural”

### **V.2.2.3. Actividades de acción comunitaria**

1. Curso de formación acción de agentes de salud de base comunitaria (Periodicidad anual)
2. Foros: 2º martes salud (mensual). En el CAI del Ayuntamiento de Valencia
3. Dinamización del territorio (En colaboración con el Ayuntamiento de Valencia)

### **V.2.3. Beneficiarios y entidades participantes**

**V.2.3.1. Población objetivo:** Población en situación de vulnerabilidad, preferentemente de origen iberoamericano de la ciudad de Valencia.

Directos:

- Agentes de salud formados
- Miembros de Asociaciones
- Personas informadas
- Personas conversadas
- Personas mediadas

Indirectos:

La población de latinoamericana de la ciudad de Valencia

**Tabla 6: V.1. Población de la ciudad de Valencia según el Padrón Municipal a 1 de enero de 2011**

		%	Hombres	Mujeres	RM
Población total	800.469				
Extranjeros	<b>111.415</b>	13,9%	57%	47%	112,6
<b>América del sur</b>	<b>44.864</b>	<b>40,3%</b>			83,2
Ecuador	12.358	27,5%			
Bolivia	12.176	27,1%			
Colombia	8.934	19,9%			
<b>América central</b>	<b>3.465</b>	<b>3,1%</b>			62
Cuba	1.181	34,1%			
Honduras	1.069	30,9%			
<b>Europa</b>	<b>29.901</b>	<b>26,8%</b>			112,8
Rumania	11.568				
<b>África</b>	<b>14.793</b>	<b>13,3%</b>			234
Marruecos	3.427				
Nigeria	2.824				
Argelia	2.202				
Senegal	1.874				
Mali	1.347				
<b>Asia</b>	<b>12.568</b>	<b>11,3%</b>			209,3
China	5.131				
Paquistán	4.402				
India	1.805				

Fuente: Oficina Estadística Ayuntamiento de Valencia, 2012.

### V.2.3.2. Entidades participantes

- Promotor: Centro de Salud Pública de Valencia
- Ayuntamiento de Valencia
- Asociaciones de inmigrantes de la ciudad de Valencia

#### V.2.4. Recursos

Se basaba en la estructura logística y de personal aportada por la Sección de Promoción de la Salud del CSPV, con la participación de varias comisiones y grupos de trabajo y la implicación de una asociación, en la provisión de servicios de mediación intercultural en salud.

El CSPV aportaba 2 técnicos de promoción de salud y 1 mediadora intercultural (contratada a través de una ONG); los Centros de Salud de Russafa y Font de Sant Lluís, aportan 2 enfermeras (con dedicación de 2 hs. semanales) y la colaboración de 1 trabajadora social y las 2 matronas de los dos centros; el Centre de Salut Sexual i Reproductiva Font de Sant Lluís, aporta 1 sexólogo. Los recursos económicos eran aportados por el CSPV (Direcció General de Salut Pública) y el Ayuntamiento de Valencia, el cual, a través de una ONG colaboradora, financió parcialmente las acciones comunitarias a realizar en 2010.

A partir del 2010 se incorporó una 2ª mediadora, para la dinamización de los cuatro centros correspondientes al Departamento Valencia Clínico-Malvarrosa. (Nazaret, Serrería II, República Argentina y Salvador Pau).



**Tabla 7: V.2. Fuentes de Financiación desde julio 2007 a junio 2011**

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
CSPV/Dirección G. de Investigación y Salud Pública	19.222	93.587	102.846	120.293	59.633	395.581
AVS	1.685	3.369	4.681	4.681	12.925	27.342
Ayuntamiento de Valencia				7.198		7.198
EVES		3.605	4.165	833	4.220	12.823
Otros						
Total	20.906	100.561	111.692	133.006	76.778	442.943

Fuente: Elaboración propia

### V.3. IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES PRINCIPALES

Las actividades principales del programa se concentraban en la formación de promotores de salud entre los miembros de las asociaciones de inmigrantes, la información y la mediación intercultural.

#### V.3.1. Actividades de mediación intercultural en salud

Son las actividades que realizaban dos mediadoras contratadas a través de un convenio con la Asociación ACOEC. El trabajo de las mediadoras contemplaba las actividades de mediación individual y dinamización comunitaria. La dinamización comunitaria consistía en reuniones con las asociaciones de inmigrantes, realización talleres, conversaciones y activación

de los puntos informativos.

#### **V.3.1.1. Mediación intercultural individual**

Al inicio del programa era la actividad más importante, pero posteriormente se ha dado más peso a la acción comunitaria.

Consiste aplicar un protocolo consensuado para atender a pacientes en situación de vulnerabilidad, aportando información, orientación, consejo y acercamiento a los servicios de salud, específicamente en cuestiones de salud sexual y reproductiva (Alcaraz M et al., 2014).

#### **V.3.1.2. Conversaciones informales**

Diálogos sobre temas de salud que, mediadoras y agentes, a partir de un guión y unos mensajes clave previamente establecidos, introducen entre sus iguales en el ámbito informal (puntos informativos o en espacios comunitarios) para difundir estos mensajes de salud y de acceso a servicios sanitarios previamente consensuados. Estas conversaciones son registradas y se utilizaban para obtener información acerca de la población diana, sus necesidades y demandas, así como para evaluar este tipo de acciones individuales (Alcaraz M et al., 2013).

### **V.3.1.3. Puntos informativos**

Espacio físico que mediadoras o agentes de salud ubicaban en establecimientos colaboradores del territorio en donde se localiza la población diana como por ejemplo locutorios, tiendas, Centros de Salud, etc. Mediadoras o agentes de salud contactaban con las personas que regentan estos establecimientos y se les invita a participar como aliadas solicitando su autorización para activar puntos informativos en sus locales. Este espacio se identificaba como punto informativo mediante un cartel y en un expositor se deja material divulgativo oficial (de la Conselleria o del Ministerio) sobre salud y acceso a servicios, información relativa al programa MIHSALUD y preservativos. El material se va reponiendo quincenalmente y se hacían contactos de seguimiento con la o el líder comunitario que regenta el local (Paredes J et al., 2012).

### **V.3.1.4. Talleres**

Sesiones de educación para la salud de unas 2 horas de duración en que mediadoras y/o agentes de salud, a través de dinámicas participativas, realizaban en grupos de 6 a 15 personas. Se disponía de un conjunto de 9 talleres previamente diseñados sobre los temas: salud y motivación para el cambio; acceso y utilización adecuada de servicios de salud; sexualidad y relaciones de pareja; fertilidad y anticoncepción; salud de la

mujer; salud infantil; prevención de ITS (incluye la negociación del uso del preservativo); promoción de la igualdad entre hombres y mujeres I y II (Paredes J et al., 2012).

### V.3.2. Actividades de formación de profesionales en competencia intercultural (a través de la EVES)

2.1. Cursos sobre interculturalidad y salud

2.2. Talleres de “Comunicación y competencia intercultural”

Un total de 21,4 % del total de profesionales de los Centros de Salud implicados participaron en estas actividades.

**Tabla 8: V.3. Profesionales que han participado en actividades de competencia intercultural**

CENTRO DE SALUD	Nº Profesionales	% Formados*
Fuente San Luis	81	32
Ruzafa	54	41
Nazaret	26	31
Salvador Pau	27	12
República Argentina	33	12
Serrería	51	6
Plaza De Segovia	63	16
San Marcelino	32	21
<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>21,4</b>

(\*) % de profesionales que han participado en los cursos y/o en los talleres y/o en las 3 Jornadas que se realizaron referentes a la difusión.

Fuente: Sección de Promoción Salud Centro de Salud Pública de Valencia.

### V.3.3. Actividades de acción comunitaria

La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud. La Carta de Ottawa pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. El concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En este concepto, una comunidad empoderada con respecto a su salud, es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.

La acción comunitaria es uno de los ejes fundamentales del programa MIHSALUD que se hacía operativa con la actuación simultánea y sinérgica de técnicos de salud, mediadoras

interculturales, asociaciones comunitarias y agentes de salud; y se concretaba en actividades de movilización comunitaria como visitas y reuniones con asociaciones, foros comunitarios sobre salud, cursos de formación-acción de agentes de salud y dinamización directa en territorios priorizados.

#### **V.3.3.1. Curso de formación acción de agentes de salud de base comunitaria (ASBC)**

Actividad de carácter anual que tenía por objeto dar formación teórico practica a personas, que han resultado mayoritariamente mujeres, pertenecientes a las asociaciones colaboradoras del programa mihsalud. Como actividades prácticas tenían que realizar talleres, conversaciones y foros con miembros de su asociación para difundir los temas aprendidos en el curso. Se habían realizado 3 ediciones del curso (López P et al., 2013).

**Tabla 9: V.4. Cursos de Formación-Acción de Agentes de Salud de Base Comunitaria, participación y actividades en el periodo de prácticas**

	2009	2010	2011	Total
Total horas	60	104	120	300
- Horas teóricas	52	68	80	200
- Horas prácticas	8	36	40	84
Personas formadas como agentes de salud	17	14	15	46
Asociaciones colaboradoras	12	11	12	26*
Actividades de agentes en las horas prácticas				
- Líderes contactados	22	14	16	52
- Puntos informativos	33	35	16	84
- Conversaciones	71	73	85	229
- Talleres	24	40	46	110
- Participantes en talleres	336	506	466	1308
Personas beneficiadas (Líderes + conversaciones + participantes en talleres)	429	593	567	1589
Relación personas beneficiadas/agentes	25,23	39,53	40,5	34,54

Fuente: Paredes JJ et al., 2012

### V.3.3.2. Foros: 2º martes salud (mensual). En el CAI del Ayuntamiento de Valencia

Desde 2008 todos los segundos martes del mes se realizan foros en los que se invita a un experto para hablar sobre temas relacionados con la promoción de la salud. A dichos foros, asistía una media de 16 personas procedentes de 16 asociaciones.

**Tabla 10: V.5. Foros 2º Martes Salud (2008-2011): participación, temas y personas moderadoras**

Año	Media participantes	Media asociaciones	Temas	Moderados por
2008	18	12	Presentación del programa mihsalud	E*
			Salud y sus determinantes	E
			Acceso y funcionamiento del Centro de Salud	AP*
			Sexualidad y relaciones de pareja	AP
			Anticoncepción	AP
			Participación comunitaria y salud	E
			Análisis participativo de embarazos no deseados	E
2009	16	13	Prevencción de ITS (incluyendo VIH)	SP*
			Presentación Foro y actividades comunitarias 2009	E
			Salud materno-infantil y población inmigrante	AP
			Indicadores de salud sexual y reproductiva	SP
			Acciones comunitarias de agentes de salud del proyecto	E
			Prevencción violencia de género	AP y otros
			Mensajes comunitarios en salud sexual y reproductiva	E
2010	16	12	Salud infantil y alimentación saludable	AP
			La enfermedad de Chagas y su prevención	AS*
			Evaluación de los Foros	E
			Salud infantil	AP
			Salud mental e inmigración	AS
			Prevencción de la violencia de género	AP
			Salud y familia	SO*
2011	16	12	La consulta ginecológica	AP
			Intercambio de experiencias entre asociaciones y trabajo en la red	AS
			Prevencción de VIH/Sida	SP
			La participación de la población en proyectos de salud	AS
			Interrupción voluntaria del embarazo	SP
			Prevencción de la violencia de género y promoción de la igualdad	Conjunta
			Situación de la población inmigrante en la ciudad de Valencia	SO
Acciones comunitarias en las prácticas de la 3ª edición del curso de formación-acción de agentes	E			
Lo que hemos aprendido y lo que queremos hacer desde los Foros 2º Martes Salud	E			

\*E=Equipo mihsalud (2 mediadoras y 2 técnicos de salud pública); <sup>b</sup>AP=Atención Primaria; <sup>c</sup>SP=Salud Pública; <sup>d</sup>AS=Asociaciones; <sup>e</sup>SO=Ciencias Sociales

Fuente: Sección de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de Valencia



### **V.3.3.3. Dinamización del territorio (En colaboración con el Ayuntamiento de Valencia)**

Se trataba de una combinación de estrategias y métodos participativos tales como mapas comunitarios, contactos con líderes comunitarios y asociaciones, activación de puntos informativos conversaciones informales, talleres, etc. En el ámbito de un territorio priorizado (en nuestro caso, las zonas básicas de salud de Ruzafa, Font de Sant Lluís, Plaça Segovia, Sant Marcel·lí, Natzaret, Salvador Pau, República Argentina y Serreria II), con el fin de hacer llegar “a pie de calle”, los mensajes de salud y de acceso a la utilización de servicios (especialmente de atención primaria y salud sexual y reproductiva), en aquellos espacios comunitarios donde se encontraba la población diana que el programa pretendía alcanzar.

**Tabla 11: V.6. Actividades de dinamización en las 8 zonas básicas de salud priorizadas (2008-2011)**

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

Fuente: Paredes JJ et al., 2012

## V.4. COMO MEDIR LOS BENEFICIOS Y RESULTADOS

### V.4.1. Medida de los resultados / impacto

En la evaluación económica se recomienda, según López Bastida, J. et al (2010), medir los resultados a partir de los objetivos primarios (*primary endpoint*), este criterio está claro en estudios como los ensayos clínicos, pero entraña más dificultad a la hora de medir los resultados en los programas de intervención comunitaria.

En el caso del programa mihsalud, los resultados esperados son:

- 1 Promover los embarazos planificados

- 2 Promover las relaciones de igualdad hombre-mujer
- 3 Promover la protección frente a las ITS (incluyendo la infección por VIH)

A través del resultado intermedio de:

Empoderar a la población inmigrante residente en la ciudad de Valencia, respecto a las cuestiones de salud sexual y violencia de género.

A pesar de que al inicio del programa no se definieron endpoint propiamente dichos para cada uno de los objetivos, sí que existe una línea de base de la cual se pueden inferir algunos indicadores para medir el impacto del programa.

<b>Resultado esperado</b>	<b>Objetivos primarios (<i>endpoints</i>)</b>
Se han promovido los embarazos planificados	Reducción de los IVE e incremento del uso de métodos anticonceptivos seguros
Se ha promovido las relaciones de igualdad hombre-mujer	Aumento de los casos detectados de violencia de género
Se ha promovido la protección frente a las ITS (incluyendo la infección por VIH)	Se ha reducido la tasa de ITS. Se ha reducido la tasa de infección por VIH

Por tanto, los objetivos primarios para cada uno de los resultados esperados del programa serían:

En el estudio realizado en el Centro de salud sexual y

reproductiva (CSSR) “Fuente San Luis” (Alcaraz M et al., 2010) que constituye la línea de base del programa se observó lo siguiente:

- Población estudiada: 829 personas, 54,5% españoles (E) y 45,5% inmigrantes (I), y de estos el 78,5% latinoamericanos. En cuanto al sexo el 77,5% eran mujeres (M) y el 22,5% hombres (H). Las I eran más jóvenes que las E, 28,28 y 32,41 ( $p < 0,001$ ). Por sexos, la edad media de las M era menor que la de los H, 27,08 y 42,43 ( $p < 0,001$ ).

- El primer motivo de consulta era la demanda anticonceptiva en ambos grupos (53,2% I y 30,8% E). El segundo motivo en E era la demanda de la píldora poscoital (28,3%) y en I la solicitud de IVE (16,6%). La demanda en sexualidad (3ª causa) en la E llegó al 27%, pero en las I un 11,2%, siendo todas las diferencias significativas ( $p < 0,001$ ).

- En la historia obstétrica el número de gestaciones, de IVE y de abortos espontáneos era superior en I (nulíparas: E 64,2% y 22,5% en I; IVE 24,7% en I y 9,1% en E; abortos espontáneos: 13,5% I y 4,9 E), los embarazos planificados eran más frecuentes en E (59,9%) que en I (31,2%), todas las diferencias son significativas ( $p < 0,001$ ).

- En la anticoncepción habían diferencias significativas ( $p < 0,001$ ),

un 21% de I no utilizaba ninguno, un 9,4% coito interrumpido y un 5,4% métodos naturales. Respecto a los métodos de mayor eficacia, la utilización del preservativo era muy superior en E, 63% frente al 39,1% en I y los métodos hormonales y DIU era más frecuente en I (15,1%) I frente a 9,8% E, y 8,6% en I frente a 3,2% en E respectivamente).

Es necesario disponer de un estudio de este tipo realizado sobre la población que ha intervenido en el programa para realizar evaluaciones económicas de impacto.

#### **V.4.2. Medir la efectividad del proceso/estrategia**

La estrategia de la intervención fue el “empoderamiento (empowerment)” de la comunidad. Según la OMS esto se refiere al proceso que hace posible que las personas y las comunidades incrementen el control sobre sus propias vidas. Con el empoderamiento las personas tienen mayor control sobre los factores y decisiones que comparten en sus vidas. “Hacer posible” implica que si las personas no son “empoderadas por otros”, solo pueden ser empoderadas por ellas mismas adquiriendo más poder en diferentes formas. Según esta definición, “empoderar” va más allá de la mera participación, compromiso o integración. En la literatura anglosajona encontramos los siguientes términos para explicar el concepto:

*participation, engagement, involving.*(Who, 2009)

Obviamente este proceso de empoderamiento requiere una evaluación cualitativa, por tanto, este será el enfoque principal de la evaluación, el cual será complementado con la evaluación económica. En el ámbito del programa mihsalud, solo se puede recurrir a indicadores de proceso que evalúen la difusión de las actividades que desarrolla el programa. El único indicador apropiado para ello son las “personas conversadas”, etiqueta que utilizaba el programa para valorar el trabajo comunitario de las mediadoras y los agentes de salud de base comunitaria. Las valoraciones cualitativas son susceptibles de integrarse en modelos de análisis multicriterio o modelos matemáticos de análisis del comportamiento.

## **V.5. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL PROYECTO MIHSALUD**

La evaluación económica del programa presenta las limitaciones de información que se ha mencionado con anterioridad. En este apartado se presenta los coste por cada actividad y se indica la información necesaria para realizar un análisis coste – efectividad.

### V.5.1. Análisis de costes del programa

En este apartado se presentan los costes del programa y se imputan a los productos finales. En la tabla V.7. se presentan los costes totales del proyecto por conceptos. El coste total del programa desde julio 2007 hasta junio 2011 asciende a 442.943 euros.

Para el análisis de costes totales (directos) en el periodo 2007 a 2011, se incluyó:

- Recursos humanos:

Médico y enfermera de Promoción de la Salud del CSPV

Mediadoras Interculturales- Contratadas a través de la ONG ACOEC y financiadas por el CSPV.

Sexólogo/a del CSSR y enfermeras de AP- Imputación de los costes relativos a una dedicación de 2 horas semanales al programa.

- Formación/capacitación que incluye

Curso de formación de Agentes Comunitarios- Este curso se viene realizando desde 2009, es un curso de formación-acción basado en la educación entre iguales, tiene una duración de 120 horas y fue financiado hasta 2011 por el CSPV y desde

entonces hasta la actualidad por la Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES).

Curso de interculturalidad para profesionales sanitarios- curso de 40 horas, del que se realizaron 2 ediciones, financiadas por el EVES.

Talleres sobre interculturalidad para los profesionales sanitarios, de 10 horas de duración, que en periodo del estudio se realizaron 6, financiados por el EVES.

- Financiación complementaria del Ayuntamiento de Valencia para la dinamización comunitaria de dos barrios de la ciudad durante 2010.
- Suministros-incluye material inventariable y no inventariable.
- Funcionamiento, fundamentalmente apoyo administrativo, gestión de pagos, elaboración de pliegos de condiciones para la adjudicación de la gestión de las mediadoras interculturales por una ONG.



**Tabla 12: V.7. Costes totales del programa de 2007 a 2011**

<b>Concepto</b>	<b>TOTAL</b>
<i>1. Recursos humanos</i>	
-Técnico/a Superior de Salud Pública	169.185
-Técnico/a Medio en Promoción de la Salud	68.410
-Mediadoras	113.100
-Otros (sexólogo/a, enfermero/a AP)	18.070
<i>2. Formación y capacitación</i>	
-Curso de ASBC	12.960
-Talleres profesionales (EVES)	2.386
-Curso interculturalidad (EVES)	6.217
Otros (Programa Ayuntamiento)	7.198
<i>3. Suministros</i>	
-Material inventariable	1.138
-Material no inventariable	31.276
<i>4. Funcionamiento</i>	
-Administración	13.004
-Otros	-
<b>Total</b>	<b>442.943</b>

Fuente: Programa mihsalud

En la tabla siguiente se presentan los costes distribuidos por año.

**Tabla 13: V.8. Costes anuales del programa**

Concepto	nº	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
<i>1. Recursos humanos</i>							
-Técnico Superior de Salud Pública	1		48.339	48.339	48.339	24.169	169.185
-Técnico/a Medio en Promoción de la Salud	1	8.551	17.103	17.103	17.103	8.551	68.410
-Mediadoras	2	8.000	17.800	21.360	39.028	26.912	113.100
-Otros (sexólogo/a, enfermero/a AP)		1.685	3.369	4.681	4.681	3.653	18.070
<i>2. Formación y capacitación</i>							
-Curso de ASBC				4.320	4.420	4.220	12.960
-Talleres prof (EVES)	2		720	833	833		2.386
-Curso interculturalidad (EVES)	1		2.885	3.332			6.217
-Otros (Programa Ayuntamiento)					7.198		7.198
<i>3. Suministros</i>							
-Material inventariables				1.138			1.138
-Material no inventariable		1.045	7.095	7.336	8.153	7.647	31.276
<i>4. Funcionamiento</i>							
-Administración		1.625	3.251	3.251	3.251	1.625	13.004
-Otros							-
Coste Total		20.905	100.561	111.692	133.006	76.778	442.943

Fuente: Programa mihsalud

### Imputación de los costes a las actividades finales

Se determinaron como actividades finales del programa los siguientes:

- Mediación individual, (unidad de medida: número de personas mediadas).

- Contacto con líderes de las asociaciones, (unidad de medida: número de asociaciones contactadas).
- Contacto y visitas a asociaciones, (unidad de medida: número de visitas a asociaciones).
- Participación en talleres, (unidad de medida: número de personas participantes).
- Participación en foros, (unidad de medida: número de personas participantes).
- Conversaciones informales, (unidad de medida: número de conversaciones).

Todas estas actividades formaban parte de la acción comunitaria y contribuyen de alguna manera al empoderamiento de la comunidad. También se observó la influencia de cada persona participante en estas actividades sobre otras personas. Cada persona que ha sido conversada, conversa con una media de 4,7 personas, éste sería el denominado “efecto contagio o propagación del programa”. En la tabla siguiente se muestran los resultados obtenidos de la encuesta realizada en el programa para verificar esta relación.

**Tabla 14: V.9. Impacto de las conversaciones informales**

NÚMERO TOTAL DE CONVERSACIONES	LO CONVERSADO CON						
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL		
	N	Media	N	Media	N	Media	
HOMBRES	7	14	2	13	1.9	27	3.9
MUJERES	131	187	1.4	42	3.3	616	4.7
TOTAL	138	201	1.5	442	3.2	644	4.7

Fuente: Programa mihsalud

El número de personas sobre las que el programa ha incidido a través de cada una de las actividades desarrolladas por los ASBC en formación y por los ASBC formados y mediadoras se presenta en la tabla adjunta.

**Tabla 15: V.10. Personas que han participado en cada una de las actividades finales 2007-2011**

Resultados finales	ASBC en formación	ABSC formados y mediadoras	Total
Mediación individual	-	393	393
Contacto con líderes comunitarios	52	75	127
Contacto y visitas a asociaciones			87
Participación en talleres	1.308	544	1.852
Participación en foros			561
Conversaciones	229	446	675
Efecto conversaciones (4,7)	7.468	5.006	12.474
Total	9.057	6.464	16.169

Fuente: Programa mihsalud

Para imputar los costes a las actividades finales se establecieron

Unidades Relativas de Valor (URV) que fueron determinadas por consenso con el equipo del programa.

Los costes totales del programa que se imputan a las actividades finales anteriormente definidas, suponían el 60% de los costes totales. El 40% restante se dedicaba a las siguientes actividades: formación de profesionales, planificación, seguimiento y gestión del programa: investigación y difusión científica.

Las URV utilizadas son las siguientes:

<b>Actividades finales</b>	<b>URV</b>
Mediación individual	3
Contacto con líderes comunitarios	2
Contacto y visitas a asociaciones	2
Participación en talleres	2,5
Participación en foros	2
Conversaciones	1
Efecto conversaciones (ratio 4,7)	0,21

Para obtener los costes unitarios por cada actividad se ha aplicado la fórmula siguiente:

$$\text{Coste medio por actividad} = \frac{\text{Coste total}}{\Sigma (\text{n}^\circ \text{ actividades} * \text{URVi}) * (\text{URVi} * \text{n}^\circ \text{ actividades})}$$

En la tabla siguiente se presentan los resultados del cálculo de los costes unitarios medios por cada actividad final del programa.

**Tabla 16: V.11. Costes medios por cada actividad final del programa**

<b>Resultados finales</b>	<b>URV</b>	<b>Actividades Totales</b>	<b>Productos* equivalentes</b>	<b>Coste total (€)</b>	<b>Coste medio (€)</b>
Medición individual	3	393	1179	29317	<b>75</b>
Contacto con líderes asociaciones	2	127	254	6316	<b>50</b>
Contacto y visitas a asociaciones	2	87	174	4327	<b>50</b>
Participación en talleres	2,5	1852	4630	115129	<b>62</b>
Participación en foros	2	561	1122	27899	<b>50</b>
Conversaciones	1	675	675	16784	<b>25</b>
Efecto conversaciones (4,7)	0,21	12474	2654	65994	<b>5</b>
<b>Total</b>		<b>16169</b>	<b>10688</b>		

\*Productos equivalentes = URV\*Actividades Totales

Fuente : Elaboración propia

## **V.6. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN INDIVIDUAL DE LA MEDIADORA INTERCULTURAL**

### **V.6.1. Introducción**

El objetivo del presente estudio es evaluar los cambios en la conducta anticonceptiva producidos por una intervención de

mediación intercultural e identificar el posible ahorro de costes obtenido.

## **V.6.2. Métodos**

### **V.6.2.1. Tipo de estudio**

Estudio de intervención antes/después sin grupo control y estudio cualitativo sobre percepción de cambios en relación a la mediación recibida. Evaluación del impacto económico: análisis de costes

**V.6.2.2. Ámbito y duración** – Las zonas básicas de salud a las que da cobertura el CSSR de Fuente de San Luis durante el periodo 2008-2012.

La población a estudio fueron las mujeres remitidas al CSSR de Fuente de San Luis por el Servicio de Mediación Intercultural.

El criterio de de inclusión fue mujeres inmigrantes de origen latinoamericano.

### **V.6.2.3. Evaluación de los cambios en conducta anticonceptiva**

Se realizó una auditoria de historias, cuya fuente de información fue la Historia Clínica Electrónica y el módulo de Sistema de Información Ambulatoria (SIA), que se alimenta de la información registrada por los/as profesionales de Atención

Primaria (AP) y del Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR).

Desde febrero 2008 a octubre 2011 se remitieron desde el Servicio de Mediación 299 mujeres al CSSR de Fuente de San Luis. Se seleccionó de manera aleatoria una micromuestra de 30 mujeres, que suponían el 10% de la población de estudio. 4 Historias Clínicas no presentaron datos relativos a consultas de salud sexual y reproductiva, por lo que fueron excluidas y la muestra final fue de 26 Historias Clínicas.

Se revisaron los antecedentes obstétricos y todas las consultas realizadas por motivos relacionados con salud sexual y reproductiva con posterioridad a la fecha de remisión por las MI, hasta junio de 2012.

Las variables a analizar fueron: motivo de consulta, datos biográficos: edad y país de origen, variables socioeconómicas: nivel de estudios, situación laboral y dependencia económica, antecedentes obstétricos: nº de embarazos, IVEs, abortos espontáneos, relaciones sexuales con pareja estable, frecuencia de las relaciones sexuales, satisfacción sexual y presencia de violencia de género, método anticonceptivo utilizado antes y después de la mediación. También se recogió la presencia tras la mediación de embarazos, IVEs o violencia de género.

Se estudiaron las diferencias significativas entre métodos



anticonceptivos utilizados antes/después de la intervención de mediación mediante la prueba  $\chi^2$ .

De las 26 mujeres que habían acudido al servicio de mediación, se seleccionaron aleatoriamente a 8 para realizar una entrevista semiestructurada. Se elaboró un guión de temas para la entrevista: proceso migratorio, utilización de los servicios de salud en España, la consulta de mediación intercultural, la salud sexual y reproductiva y la presencia de violencia de género.

Tras cinco llamadas en distintos horarios, se consiguió localizar a seis de las ocho mujeres seleccionadas y todas aceptaron participar. Se les citó en el Centro de Salud adaptándose a su disponibilidad horaria y fueron entrevistadas por dos investigadoras previamente adiestradas.

Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado y transcritas, se realizó un análisis de contenido temático de las transcripciones, se realizaron tres lecturas por dos investigadores independientes y distintos a los que realizaron las entrevistas. En la primera lectura se identificaron fragmentos textuales que expresaban la opinión de las mujeres sobre: su proceso migratorio, su experiencia en la utilización de los servicios de salud, valoración sobre la consulta de mediación intercultural. Una segunda lectura se enfocó a la identificación de cambios relacionados con la salud sexual y reproductiva, el

uso de métodos anticonceptivos y la presencia de la violencia de género. Finalmente en una tercera lectura se valoró en qué medida los discursos concordaban o diferían con los datos cuantitativos.

#### V.6.2.4. Análisis de costes ahorrados

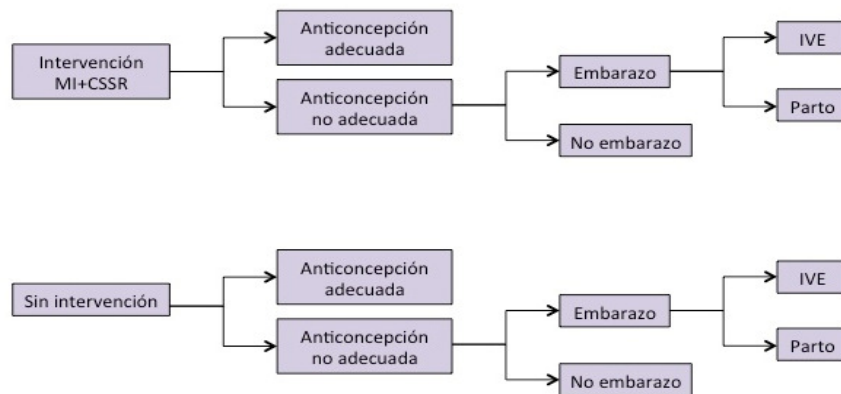
Los costes ahorrados se calcularon por mujer y para los 4 años de la intervención.

De la imputación de los costes a las actividades finales del programa se obtuvo que el coste de una atención individual de la mediadora intercultural es de 75 €.

Para el análisis de los costes ahorrados se realizó un árbol de decisión de alternativas y simulación de Montecarlo.

En primer lugar y tras la consulta a expertos se construye el Árbol de decisión de alternativas. (Figura V.1.)

**Figura 20: V.1. Árbol de decisión de alternativas**



Fuente: Elaboración propia

La estimación de costes se ha basado en el Decreto 1/2005, Texto refundido de la Ley de Tasas de la Generalitat Valenciana.

La estimación del consumo de servicios se ha basado en:

- Resultados obtenidos en la auditoria de historias clínicas antes/después
- Revisión de las consultas urgentes por embarazo no controlado (40 casos de embarazos no controlados que parieron en el Hospital Clínico en 2013), una media de 1,6 consultas/año.
- Control Básico de Embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para profesionales (Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana 2002)
- La opinión de expertos/as:
  - Médica ginecóloga Centro de Salud Sexual y reproductiva de Fuente de San Luis
  - Médico Ginecólogo y Matrona Hospital Clínico de Valencia
  - Matrona Atención Primaria
  - Médica Especialista en Análisis Clínico Hospital Clínico de Valencia
  - Dirección Atención Primaria Departamento Valencia-La Fe

De la estimación de los costes se obtuvieron los siguientes resultados:

- COSTES DIRECTOS DE LA INTERVENCIÓN- La intervención ha consistido en :
  - Consulta Mediadora Intercultural: 75€
  - Consulta Centro de Salud Sexual y Reproductiva: 45.89€
- COSTES ANTICONCEPCIÓN
  - Anticoncepción hormonal oral: de 2 a 11 €/mes Media 3€/mes.
  - Anticoncepción hormonal inyectable: 2.50€/ 1 al trimestre
  - DIU: Oscila entre 13,39€ (cobre) y 108€ (hormonal) Media 60.69€
  - Interrupción tubárica por laparoscopia y laparotomía: 2787

Excepto la anticoncepción quirúrgica, consumen una consulta cada 2 años del CSSR y una consulta al año de médico/a AP. (Consulta CSSR: 45.89€, Consulta médica de AP en el centro en horario ordinario, consulta sucesiva: 28.76).
- COSTES EMBARAZO NORMALCONTROLADO. Se asume, tras la auditoria de Historias Clínicas, que los embarazos después de la intervención han sido controlados (Control Básico de Embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para profesionales (Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana 2002)), con las siguientes características:
  - Consulta matrona: 25.68€, 9 consultas por embarazo

Sesión de preparación al parto: 14.93€, 10 sesiones por embarazo

Ecografía obstétrica: 51.60€, 3 ecografías por embarazo

Primera consulta ginecología: 64.38€ - 1 consulta

Consulta sucesiva ginecología: 39.62€, 2 o 3 consultas

Analítica Orina:

Prueba de embarazo: 6,40€, 1 por embarazo

Glucosa, proteínas, cuerpos cetónicos, anormales, sedimento y urinocultivo si procede: 9,54€, 3 por embarazo

Analítica Sangre:

Hemograma 1º y 3º trimestre: 3,19€, 2 por embarazo

Grupo sanguíneo, Rh 1º Trimestre: 11,85€, 1 por embarazo

Bioquímica – Glucemia, Ac. Úrico, Creatinina, Transaminasas, hierro y ferritina 1º y 3º trimestre, 4,33€, 2 por embarazo

Serología – IgG Rubeolo, Toxoplasma, Antígeno superficie Hepatitis B, VDRL y Ac frente a VIH- 1º Trimestre: 34,95 €, 1 por embarazo.

- COSTE PARTO SIN COMPLICACIONES: 1708€

- COSTE IVE (aborto con legrado y/o aspiración):  
1621.52€

- **COSTES EMBARAZO NO CONTROLADO.** Se asume que sin intervención son embarazos no controlados, que consumen 1,6 consultas urgentes al Hospital, con las siguientes características:  
SAMU- Transporte asistido: 388.77€  
Motivo de consulta: Falso trabajo de parto: 795 €

Tras estimar los costes de la intervención y la no intervención para subsanar la incertidumbre del modelo y dotarlo de mayor robustez y confiabilidad se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico multivariante tipo Montecarlo (Briggs Aet al., 1994, Critchfield GC et al., 1986, Doubilet P et al., 1985)

Este análisis de sensibilidad ha consistido en repetir el modelo 1000 veces, cambiando las probabilidades y los costes, mediante números pseudoaleatorios generados según el tipo de distribución y el intervalo de confianza (IC).

Los IC de las probabilidades se calcularon según el método Wald ajustado (Agresti A et al., 1998), mientras que en los costes se asumió un intervalo de +/- 20%. Por otra parte el tipo de distribución de las probabilidades se consideró que correspondían con una distribución Tipo  $\beta$  (Briggs A et al., 2006) y logarítmica para la distribución de los costes.

### V.6.3. Resultados

#### V.6.3.1. La auditoría de Historias Clínicas

Se auditaron 26 Historias Clínicas Electrónicas, siendo la edad media de 29 años (DE=5,45), y el país de origen más frecuente Bolivia (tabla V.12).

El nivel de estudios más frecuente de las mujeres fue educación secundaria (69.2%) y su situación laboral de “empleada de la limpieza o cuidadora” (46.2 %), en este mismo porcentaje dependían económicamente de su trabajo. (Tabla V.12).

**Tabla 17: V.12. Características sociodemográficas de las mujeres**

	N	%
Edad Media	29 (DE=5,48)	
País de origen		
- Bolivia	19	76,1%
- Ecuador	5	29,58%
- Colombia	2	3,52%
Nivel de estudios		
- Primaria	5	19,2%
- Secundaria	18	69,2%
- Universitaria	1	3,8%
- No consta	2	7,7%
Situación laboral		
- Ama de casa	5	19,2%
- En paro	5	19,2%
- Empleada de limpieza y/o cuidados	12	46,2%
- Asalariada	2	7,7%
- No consta	2	7,7%
Dependencia económica		
- Trabajo	12	46,2%
- Familiar	6	23,1%
- Ayuda pública	3	11,5%
- No consta	5	19,2%
Total	26	100,00%

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los antecedentes obstétricos, todas las mujeres tenían algún/a hijo/a, un 43.2 % de las mujeres tenía 4 hijos/as

o más y en un 46.2 % ninguno de sus embarazos fue planificado. 3 mujeres no tenían antecedentes de IVE, y 21 sí; y también 3 mujeres tenían antecedentes de 3 IVE y un 42.3 % había tenido algún aborto espontáneo. Un 84.6 % mantenía una relación sexual estable y un 46.2 % nunca sentía satisfacción sexual, aunque un 23,1 % de las mujeres tenían con frecuencia diaria relaciones sexuales. En un 30.8 % de las mujeres, se había identificado violencia de género (Tabla V.13).

**Tabla 18: V.13. Antecedentes gineco-obstétricos y sexológicos**

	N	%
<b>Nº embarazos</b>		
- 1	4	15,4%
- 2	3	11,5%
- 3	8	30,8%
- 4	6	23,1%
- >4	5	19,2%
Ningún embarazo planificado	12	46,2%
<b>Antecedentes del IVE</b>		
- 0	3	11,5%
- 1	17	65,4%
- 2	2	7,7%
- 3	3	11,5%
- No consta	1	3,8%
<b>Abortos espontáneos</b>		
- 0	15	57,7%
- 1	11	42,3%
<b>Tipo de relación sexual</b>		
- Estable	22	84,6%
- Esporádica	3	11,5%
- No consta	1	3,8%
<b>Frecuencia relaciones sexuales</b>		
- Diaria	6	23,1%
- 2-3 vez/semana	7	26,9%
- 1 vez/semana	5	19,2%
- <1 vez/semana	2	7,7%
- No consta	6	23,1%
<b>Satisfacción sexual</b>		
- Siempre	7	26,9%
- A veces	5	19,2%
- Nunca	12	46,2%
- No consta	2	7,7%
Violencia de género	8	30,8%

Fuente: Elaboración propia



En cuanto a los métodos anticonceptivos (MAC) utilizados con anterioridad a la mediación intercultural, un 61.5% no utilizaba o utilizaba métodos naturales o coito interrumpido. Tras la MI y la/s consultas al CSSR, ninguna mujer utilizaba los MAC anteriormente descritos. Un 34.6. % tenía una anticoncepción hormonal inyectable, en un 19.2 % de las mujeres se implantó un DIU y un 7.7 % tomaba anticoncepción hormonal oral. Pero hay que señalar que un 30.8 % de las mujeres, fueron pérdidas es decir mujeres que no acudieron a la/s consulta/s de anticoncepción (Tabla V.14). Globalmente un 65.3 % de las mujeres en las que se instauró una anticoncepción eficaz y acudieron a las revisiones indicadas, frente a un 19.2 % antes de la MI ( $p < 0.001$ ). Así pues la intervención ha incrementado en 530 % la utilización de una AC adecuada.

**Tabla 19: V.14. Cambios en la conducta anticonceptiva**

Método anticonceptivo	AC anterior		AC posterior	
	N	%	N	%
Ninguno	2	7,7%	0	0%
Natural	9	34,6%	0	0%
Coito interrumpido	5	19,2%	0	0%
Barrera	4	15,4%	0	0%
Hormonal Oral	4	15,4%	2	7,7%
Hormonal Inyectable	1	3,8%	9	34,6%
DIU	0	0%	5	19,2%
Quirúrgico	0	0%	1	3,8%
No cumple/perdida	0	0%	8	30,8%
No consta	1	3,8%	1	3,8%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00%</b>	<b>26</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia

De las 8 mujeres que fueron pérdidas, es decir que no se consiguió la instauración de un método anticonceptivo, 5 presentan un embarazo posterior. Todos los embarazos fueron atendidos por las matronas de AP antes de las 12 semanas de embarazo y solo en una de ellas no consta la consulta del puerperio. En tres mujeres se registró un IVE posterior a la mediación y en cuatro mujeres un episodio de violencia de género (Tabla V.15). En cuanto al país de origen, todos los casos de IVE y violencia de género tras la mediación fueron en mujeres bolivianas y los embarazos, uno en boliviana y 4 en mujeres ecuatorianas. De las tres mujeres que presentaron IVE tras la intervención, en dos también se identificó algún episodio de violencia de género. De los 4 casos de violencia de género post intervención, 2 eran casos nuevos y 2 ya tenían antecedentes.

**Tabla 20: V.15. Embarazos, IVE y violencia de género posteriores a la intervención**

	N	%
Embarazos	5	19,2%
IVE	3	11,5%
Violencia género	4	15,4%

Fuente: Elaboración propia

### **V.6.3.2. Las entrevistas a mujeres atendidas por el Servicio de Mediación Intercultural**

Las 6 mujeres a las que se les realizaron las entrevistas, eran bolivianas y tenían entre 28 y 41 años

Del análisis de contenido temático de las transcripciones de estas entrevistas, se observaron distintos perfiles y actuaciones de la mediadora intercultural:

En una mujer la intervención de la MI facilitó que se evidenciara el deseo de la maternidad y el seguimiento de la misma por el Sistema Sanitario:

“había venido con la matrona para hacerme los chequeos y el día que me toco venir ya había perdido al bebe, entonces me envió con la mediadora, pero bueno yo decía si quiero tener un hijo antes de los treinta. Ahora estoy con mi hijo en casa de dieciséis meses, todo bien. Cuando nació mi hijo me atendieron muy bien” (Mujer Bolivia 28 años).

Dos mujeres, vinculaban la adopción de métodos anticonceptivos seguros con la acción de la mediadora:

“No sé cómo me dijo una chica, aquí hay mediadora te vamos ah..., está claro sobre el embarazo y todo eso y como tienes que cuidarte y ahí no más vine a hacerlo vacunar a mi niño y entre y

ya desde esa vez ya me cuide porque si no. Tengo cuatro hijos, tres en Bolivia y uno aquí” (Mujer Bolivia, 38 años).

“Yo cuando tuve el aborto (IVE) pues me atendieron muy bien con la tarjeta que tenía... sin gastos ni nada y luego ya me he puesto el diu y ya. Ellos ( Mediadora Intercultural y Sexólogo del CSSR) fueron los que me mandaron para lo del aborto al hospital Peset, yo salí contenta porque ya me han indicado todo, porque yo estaba fatal y pues me han hablado, en el Peset igual, pues bien” (Mujer. Bolivia, 31 años).

En otra mujer se evidencia contradicciones en relación a la planificación del embarazo:

“Cada tres meses me las tengo que poner (anticoncepción hormonal inyectable). Y esa me la coloque durante dos años y me la quite hace dos años porque me hinchaba, sentía hinchaba entonces me la quite yo. No me cuida con nada, él quiere tener hijos pero yo no me embarazo, el cree que yo tomo pastillas pero yo no tomo nada. Tengo 3 hijos y están en Bolivia” (Mujer, Bolivia, 32 años).

La historia que relata una mujer respecto a la violencia de género (v.g.), evidencia la dificultad de abordaje de este problema y como la MI facilita información para la comprensión de la v.g. y

se convierte en la única persona con la que ha abordado el problema:

“Vivimos todo el embarazo que lo pase mal, entonces ya la relación, cambio totalmente porque, si resulta que... bueno yo ya me entere cuando ya me separe de él, resulta que él tenía otra mujer”.

“Y en eso vine al servicio social por cuestión de la tarjeta, entonces ella me hizo hablar con la mediadora. La mediadora me explicaba muy bien que este tipo de hombres era como un reloj, un tiempo bien, otro tiempo mal, va a ser siempre así me dijo. Lo citaron también a él con engaños lo traje pero delante de ella todo bien, era muy bien calladito y todo eso”.

“Yo recibía mal tratos pero yo nunca... solamente le conté a ella y le dije que no cuente a nadie entonces me dijo ella de que lo podía denunciar pero y entonces a donde voy, que a mí no me informaron que luego de denunciarlo me llevaban a otro lado, yo no sabía eso. Yo comprendo las mujeres maltratadas, en ese momento te encierras, te crees fea, de lo peor”.

La mujer relata cómo fue el proceso de resolución del problema:

“Y qué crees que querías que sea la misma tonta de antes le dije...., no pero mejor va a ser que nos separemos y yo ahí bajaba porque yo no quería aceptar esa idea de ser madre soltera, no

quería y por mi hija no no no y así pasaba yo la rabia, tres veces me dijo que nos separemos en la tercera, yo me fui”.

“Después empezó a llamar que no sabía dónde vivía, luego nos siguió y en eso ya conoció el piso, entonces ya venía en las noches a tocar borracho. De borracho muchas veces me pego, por eso entonces ya le tenía yo miedo, porque yo con ese desgraciao me conformaba”

“Mira hasta el día de hoy estoy bien ya y con mi hija, al final hice la custodia de ella, él quiso... bueno le dije que renuncie a la patria potestad y el acepto, fue a firmar”.

Y finalmente describe su situación actual en cuanto a la relación de pareja y la utilización de métodos anticonceptivos: “Ahora ya estoy con otra persona, o sea que quiere a mi hija, que incluso le llama papa. Este chico era mi amigo que por el trabajo lo conocí: si, me case con él y ya estamos bien”

Te estas cuidando con algún método anticonceptivo? “si, tengo el DIU” (Mujer. Bolivia 28 años). En esta entrevista se observa claramente la importancia de la MI en el proceso de cambio de esta mujer.

La historia que narraba otra de las mujeres expresaba la complejidad del proceso migratorio, situaciones emocionales y

las cuestiones de la salud sexual y reproductiva: pareja aquí y allí e hijos/as en ambos lugares.

“Tengo dos hijo si, bueno uno es adoptado y otro es mío y no, yo no estoy con mis niños”. “Si, estoy bien, estamos tranquilos los dos. Las relaciones sexuales para mi fatal, no, porque no me apetece porque al principio hemos tenido muchos problemas y todo eso ha ido... y lo he recibido solo por la soledad porque yo me sentía muy sola, muy muy muy sola y es mi apoyo, no lo puedo negar, mi apoyo”

“Lo que me pasa a mi es que yo estoy muy mal emocionalmente porque estoy como partida, sabes? Una parte de mi vida allí y otra parte aquí. Y otra cosa que tiene él dos hijos también, uno está en Madrid y el otro está en Ecuador, con dos mujeres diferentes.”

“Tuve que dejar a mi hijo que en este momento tenía nada más que nueve meses, con mi ex pareja en Bolivia y viajar a España sola. Poco tiempo después me enteré que mi ex pareja está saliendo con otra mujer con la que se encuentra actualmente y a quien mi hijo reconoce como su madre” (Mujer, Bolivia 41 años).”

### V.6.3.3. El análisis de los costes ahorrados

En primer lugar se estiman los resultados obtenidos con la intervención y con la opción de “no hacer nada” (Tabla V.17).

**Tabla 21: V.16. Estimación de los resultados de las alternativas**

RESULTADOS	Escenario con intervención		Escenario sin intervención	
	%	Fuente	%	Fuente
Anticoncepción adecuada	65.3	Tabla V.14	19.2	Tabla V.14
IVE	11.5	Tabla V.15	19.2	Tabla V.13*
Embarazo	19.2	Tabla V.15	55.5	Tabla V.15**
No embarazo	4		17.1	

Fuente: Elaboración propia

\*IVEs de repetición antes de la intervención

\*\* De 9 pérdidas tras la auditoria de Historias Clínicas hubo 5 embarazos, por lo que se asume que sin intervención se producirían un 55,55% de mujeres con embarazo a término no controlado.

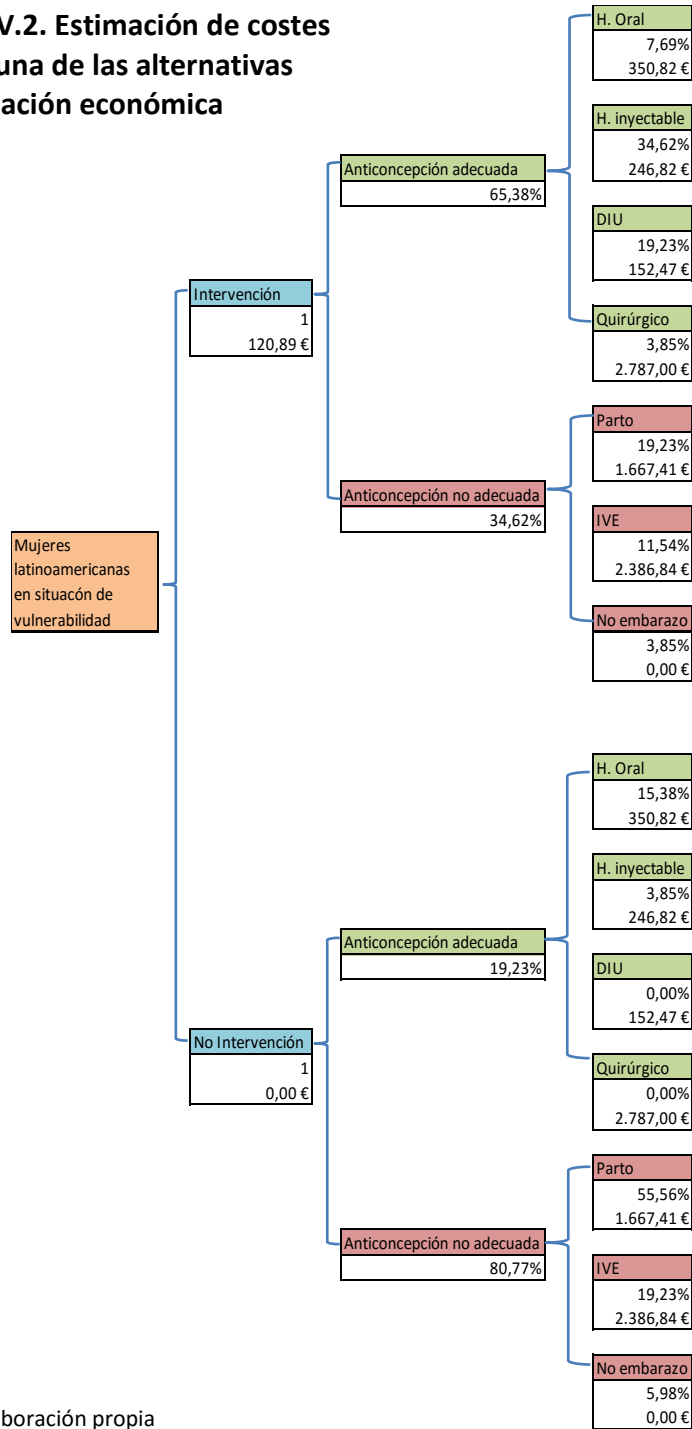
Teniendo en cuenta los costes de anticoncepción (AC), de embarazo y parto, de IVE y la intervención inicial de la mediadora intercultural (MI) y el Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) y las probabilidades asociadas a cada una de ellas, se estimó que el coste global de la intervención fue de 965.89 € por mujer cada 4 años, en concreto el 65 % de las mujeres que siguieron una AC adecuada supuso un coste de 248.93 €, de las cuales 7.69 % fueron AC Hormonal Oral, con un coste unitario de 350,82€, el 34.62% fue AC Hormonal Inyectable con un coste de



246.82€, el 19.23 % DIU, con un coste unitario de 152.47 € y el quirúrgico con un porcentaje del 3.85 mujeres con un coste de 2787€.

Por otro lado los costes de la no intervención supusieron 1448.81 €, siendo la diferencia entre la intervención y la no intervención de 482.92 € por mujer y para los cuatro años evaluados. Los costes unitarios para 4 años y los porcentajes a partir de los cuales se estimó el coste de la intervención y la no intervención se resumen en la Figura V.2.

**Figura 21: V.2. Estimación de costes para cada una de las alternativas de la evaluación económica**

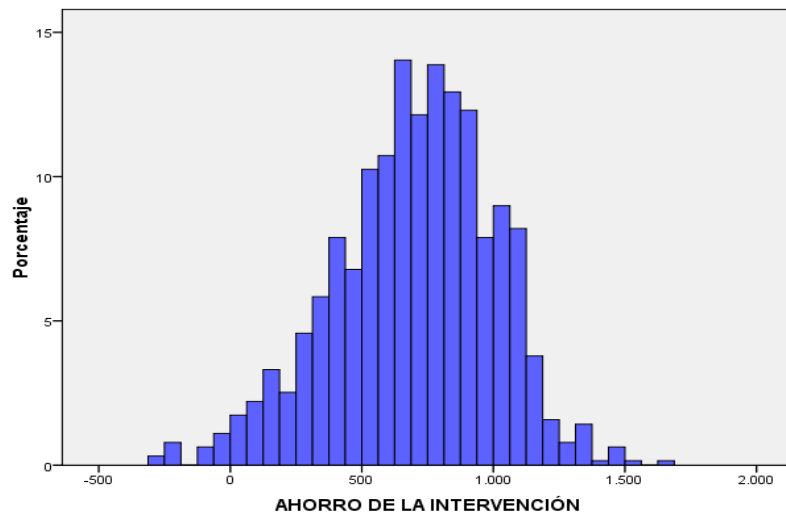


Fuente: Elaboración propia

Tras calcular los costes de la intervención y la no intervención se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico tipo Montecarlo para otorgar mayor robustez y fiabilidad a la estimación.

En el análisis de sensibilidad de Montecarlo se puede observar como en la mayoría de los casos la intervención provoca un ahorro al sistema sanitario público, en concreto una media de 696.76 € por mujer en un periodo de 4 años, siendo el ahorro máximo previsto de 1653.64 € y en el peor de los escenarios observado la intervención acarrearía un coste de 274.02 € adicionales con respecto a no intervenir. No obstante, la mayoría de los resultados oscilan entre 903.64 € (primer cuartil) y 517.87 € (tercer cuartil) de ahorro (Figura V.3.)

**Figura 22: V.3. Histograma de resultados de la simulación de Montecarlo**



Fuente: Elaboración propia

**CAPÍTULO VI. EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DE  
LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL (PROYECTO  
EVALIPS)**

## VI.1. INTRODUCCIÓN

En este Capítulo se presenta la metodología y los resultados obtenidos de la evaluación participativa del servicio de mediación intercultural. En colaboración con la Càtedra de Recerca Qualitativa de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) se planteó vincular el diseño de la evaluación a los preceptos de la llamada “**Evaluación participativa**” (Guba EG et al, 1989, Cousins & Earl, 1992; Cousins & Whitmore, 1998; Greene, 1987; Green & McAllister, 1998).

Esta evaluación ha integrado la opinión de los diferentes actores del programa mihsalud: equipos directivos, coordinadores/as, mediadoras, profesionales sanitarios de AP y mujeres mediadas. También se ha contado con los profesionales de la Càtedra de Recerca Qualitativa de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), como evaluadores externos. La información obtenida se trianguló con el análisis de los documentos internos del programa.

## VI.2. MÉTODOS

### VI.2.1 La evaluación participativa en el programa mihsalud

El modelo de evaluación participativa, se fundamenta en la colaboración activa entre el equipo evaluador, los/las técnicos/as y responsables de los servicios, los equipos de profesionales de la práctica y, dentro de lo posible, también de los/as destinatarios/as (directos e indirectos) del programa, que deben participar en el diseño, el desarrollo y la interpretación de la evaluación, de acuerdo con diferentes papeles e intensidades.

A través de esta aproximación participativa se construyen preguntas de evaluación relacionadas con las cuestiones que se proponen evaluar; se generan respuestas sensibles a los diferentes puntos de vista; y se interpretan los resultados de la evaluación teniendo en cuenta los criterios de los diferentes agentes implicados.

En todo este proceso se utiliza un enfoque multimétodo, ya que las preguntas de evaluación que se consideran, fruto de la participación de los distintos actores, dejan un amplio margen para la elección de las técnicas más idóneas para la generación y recogida de los datos (cuantitativas y cualitativas) con la

finalidad de poder responder a dichas preguntas (Cabria A et al., 2008).

La evaluación, también incluye la perspectiva de género, se hace propia una definición de evaluación que sugiere la recopilación, el análisis y la interpretación sistemática de información, teniendo en cuenta las circunstancias de partida diferenciales y desiguales de mujeres y de hombres, que permite emitir juicios sobre el mérito y el valor del programa evaluado, también teniendo en cuenta la modificación de las relaciones de género promovidas por el mismo (Soriano I, 2008). La evaluación dialógica, participativa o de 4ª generación del servicio de mediación intercultural, se estructura en varias fases, que se exponen a continuación.

#### **VI.2.2. Construcción de la matriz de evaluación**

La matriz de evaluación es un producto que incorpora las necesidades informativas (preguntas de evaluación) de todos los actores implicados en el programa, teniendo en cuenta su posición y tipo de participación (beneficiarias, voluntarios, mediadoras, agentes comunitarios, gestores, planificadores, etc.). Desde esta perspectiva, todos los actores, fueron considerados parte integral del proyecto de intervención comunitaria y, por tanto, son los “dueños del problema”

(Zelditch M, 1962). De esta manera, la prueba de validez en cuanto a los resultados no se juzga exclusivamente por los expertos sino que se basa en la asunción de los resultados por todas las personas implicadas y, de esa manera, se alimenta internamente la acción enriqueciendo el discurso de justificación.

Las necesidades informativas fueron construidas en base a entrevistas realizadas con los informantes claves del Programa (equipos directivos, los/as responsables del programa, a las mujeres atendidas, a las mediadoras y a los/as profesionales de atención primaria (AP) y a través de observación participante en reuniones de seguimiento del programa.

Los actores a entrevistar debían cumplir el requisito de ser Informantes Clave (IC). El concepto de IC proviene de la observación participante, estrategia central de la etnografía que a menudo complementan con la generación de información de otras fuentes como las entrevistas. Desde esta perspectiva, se define un informante clave como una persona que posee conocimientos y destrezas comunicativas y que está dispuesta a cooperar con el investigador/a. Por tanto, son personas que pueden aportar una comprensión profunda de la realidad social que se estudia. También son personas vinculadas a diferentes colectivos estudiados con un amplio conocimiento de ellos



(Pinault R et al., 1990).

En la matriz de evaluación del Servicio de Mediación Intercultural (SMI) (Tabla VI.1.), las preguntas que se generaron fueron clasificadas según su relevancia. Los/as diferentes actores y actrices consideraban de gran interés evaluar la innovación que supone la figura de la mediadora intercultural (MI).

Para preguntas de evaluación, se describieron sus especificidades (diseño, proceso, resultado y relevancia), se elaboraron indicadores, finalizando el proceso con el diseño de fuentes de información para cada uno de los indicadores propuestos. Se definieron indicadores cualitativos y cuantitativos, de acuerdo con el tipo de pregunta.

Se generaron varias preguntas altamente relevantes sobre la atención individual de la mediadora intercultural (MI) en el programa:

1. ¿Cuál es el perfil, las funciones y la relación laboral de las MI?
2. ¿Cómo y quién controla el trabajo de las MI?
3. ¿Cómo se define la población diana con la que deben trabajar?

4. ¿Conocen los profesionales sanitarios de AP a las MI y cómo valoran esta figura?
5. ¿Qué hace la MI (actividades) en la atención individual y que repercusión tiene en las personas que atiende, fundamentalmente mujeres?

**Tabla 22: VI.1. Matriz de evaluación del Servicio de Mediación Intercultural**

Actividad	Núm	Preguntas	Relevancia	Tipo según evaluación	Dimensión / Indicador	Fuentes de información
3. Mediación	3.1	¿Cómo se define el perfil de mediadora?	+++	Diseño y proceso	Documento del Programa (definición, reformulaciones, y/o construcción del perfil) Bibliografías	Centro de Salud Pública de Valencia ACOEC Mediadoras
	3.2	¿Cuáles son las funciones mediadoras?	+++	Diseño	Documento del Programa (definición) Informes de las mediadoras	Centro de Salud Pública de Valencia ACOEC Mediadoras
	3.3	Cuáles son las relaciones laborales/contractuales de las mediadoras	+++	Diseño	Contrato laboral	Centro de Salud Pública de Valencia ACOEC
	3.4	Cómo se define la población con la que deben trabajar los agentes y las mediadoras	+++	Diseño	Documento del Programa (definición, informes epidemiológicos)	Centro de Salud Pública de Valencia
	3.5	¿Es adecuado el espacio físico de la actividad de mediación? (atención individual, colectivo)	+++	Diseño y proceso	Documento del Programa Análisis de la accesibilidad de la población usuaria	Centro de Salud Pública de Valencia Percepción de las mediadoras Percepción de los usuarios
	3.6	Cómo y quién controla el trabajo de las mediadoras	+	Proceso	Contrato laboral Informes de supervisión de la mediación Informes de la actividad de mediación	Centro de Salud Pública de Valencia ACOEC Mediadoras
	3.7	Cómo es el acercamiento que realizan las mediadoras a las personas de la comunidad	+++	Proceso	Metodología (abordaje/comunicación, documento mensajes fuerza) Material de información Entrevista con agentes, mediadoras y beneficiarios Informes de la mediación	Centro de Salud Pública de Valencia Mediadoras Percepción de los beneficiarios
	3.8	¿Conocen los profesionales las funciones de la mediación?	+++	Proceso	Demanda de mediación Actas de mediación	Centro de Salud Pública de Valencia Mediadoras Percepción de los beneficiarios
	3.9	¿Cómo es la relación de las mediadoras con los centros de salud y otras instituciones del programa?	++	Proceso	Percepción del personal de salud	Percepción de las mediadoras y de los profesionales Centros de salud sexual y reproductiva
	3.10	Qué hace (actividades) la mediadora en la intervención individual y qué repercusión tiene en las personas que atiende?	+++	Resultado	Base de datos (índice resolución de casos) Registro y análisis de la atención individual de la mediadora Percepción de la persona atendida	Centro de Salud Pública de Valencia Mediadoras Personas atendidas
	3.11	¿Las mediadoras tienen visibilidad en el territorio?	+++	Resultado	Actas de mediación (análisis de la evolución) Datos de la mediación	Percepción de las asociaciones y de los beneficiarios Mediadoras Centro de Salud Pública de Valencia

Fuente: elaboración propia

### VI.2.3. Ejecución de la matriz

Es la fase de trabajo de campo, en la cual se generó y recogió la información necesaria para responder a las diferentes preguntas de la matriz de evaluación.

Se utilizaron para ello dos tipos de fuentes: primarias - información recogida de los agentes participantes a través de entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión, observación sistemática con algunos actores implicados en mihsalud y fuentes secundarias -análisis de documentos oficiales del Programa e informaciones recogidas en distintos registros generados por el Centro de Salud Pública. Toda la información recogida tenía la finalidad de profundizar en las preguntas que se describen en la matriz.

Se recurrió a la metodología cualitativa con el objeto de obtener un mayor acercamiento y comprensión de las necesidades, problemas y demandas de los distintos actores implicados en el Programa (Amezúa M et al, 2002).

La idoneidad del uso de las técnicas cualitativas se ha considerado a partir de experiencias previas que resaltan su potencia en este tipo de estudios (Càtedra de Recerca Qualitativa, 2006). Según Delgado (1999), el uso explícito de la interacción es fundamental para hacer emerger experiencias,

sentimientos y creencias sobre temas complejos de los que se dispone de escasa información. Otros autores señalan que, además, el intercambio también hace que los propios individuos descubran, describan y, a la vez, analicen estas experiencias (Lapierre H et al, 2007; WHO, 2001) y hay un interés común: acercarse a los puntos de vista que tienen los individuos y colectivos para construir instrumentos más adaptados cultural y socialmente a los contextos reales de la promoción de la salud (Cabria A et al, 2008; WHO, 2001).

Con esta mirada, se consideró un muestreo intencional y opinático seleccionando perfiles que representasen diferentes variantes discursivas, tanto para las entrevistas como para las entrevistas grupales.

**Tabla 23: VI.2. Actores/actrices, entrevistas y grupos de discusión realizados**

<b>Actores/actrices</b>	<b>Grupo discusión</b>	<b>Número de entrevistas</b>
Equipo coordinación del programa		3 (2 mujeres y 1 hombre)
Dirección General de Salud Pública		3 (2 mujeres y 1 hombre)
Mediadoras interculturales		2 mujeres
Representantes de asociaciones vinculadas al programa		5 (3 mujeres y 2 hombres)
Profesionales de salud de atención primaria y salud sexual y reproductiva – entre ellos coordinación médica y de enfermería, medicina familiar, enfermería, administración y trabajo social		11 (8 mujeres y 3 hombres)
Representante de la Conselleria de Inmigración de la CV		1 mujer
Docentes del curso de formación-acción de agentes de salud		2 mujeres
Participantes en talleres	3 grupos (6-8 por grupo: 14 mujeres y 5 hombres)	
Agentes de salud	1 grupo (9 personas: 8 mujeres y 1 hombre)	2 mujeres
Personas atendidas en mediación individual		4 mujeres

Fuente: Elaboración propia

Se realizaron 32 entrevistas individuales (25 mujeres y 7 hombres) y 4 grupos de discusión (22 mujeres y 6 hombres)

#### **VI.2.4. Análisis**

Tras la generación y recogida de información, se procedió al análisis y triangulación de la información, interpretación de los contenidos generados y de redacción de los resultados obtenidos.

El análisis de la información se realizó a partir de la transcripción de las grabaciones de audio de las entrevistas y de los grupos. Se generó un texto inicial global, del cual se extrajeron las ideas claves para, posteriormente, segmentar el texto en citas e ideas relacionadas con las preguntas de evaluación inicialmente planteadas y agrupar la información por criterios (diseño, proceso y resultado), procediendo a su análisis e interpretación. El análisis de contenido temático se ha realizado con el soporte del Programa ATLAS-ti.

La información resultante fue contrastada con las fuentes documentales seleccionadas, lo que permitió ampliar y profundizar sobre el objeto del estudio. Por otra parte, esta información también permitió validar las decisiones tomadas. Tras el análisis se realizó una propuesta de recomendaciones.

## **VI.3.RESULTADOS**

### **VI.3.1 Diseño**

En el análisis documental se observa que en el "Informe de situación" de septiembre de 2008 (Centro Salud Pública valencia, 2008), el servicio de mediación se define como una de las tres líneas de actuación, destinada a “atender los casos de mayor vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva”. La descripción del servicio de mediación intercultural se desarrolla más

ampliamente en el Protocolo de Derivación de 2008, y en la nueva versión del mismo (Protocolo de Atención Individualizada de Mediación Intercultural 2011).

De acuerdo con las entrevistas (equipos directivos de la Conselleria de Sanidad y de Inmigración, y de profesionales sanitarios), se observó que en la Comunidad Valenciana no existían experiencias de trabajo planteadas desde la mediación intercultural en salud, por lo que la actividad llevada desde el Programa se ha transformado en un espacio de práctica y construcción de este perfil, generando un proceso de innovación. Debido a lo mencionado, la concreción de las funciones de la mediadora intercultural se encontraba en construcción de acuerdo con las propias necesidades del Programa y sus actividades, como se señalaba desde la coordinación del mismo: *“...lo primero fue definir las funciones con la primera mediadora, no sabíamos bien y se le fue consultando y construyendo. Lo tuvimos que construir de manera abierta, la práctica en mediación no la tenía nadie en la Comunidad Valenciana, influenciada por nuestra mirada de Salud Pública, de promoción de la salud, de llegar a la comunidad y al espacio de profesionales sanitarios de atención primaria. ...”*.



Uno de los puntos principales que surge desde las entrevistas realizadas, son los distintos discursos en relación a los servicios de mediación intercultural y las funciones de la mediadora.

A partir de entrevistas realizadas con la coordinación del Programa se refleja esta construcción del rol de la mediación intercultural y que el mismo debe ser orientado a: *“...atención de casos individuales para mediar de población vulnerable en su uso y acceso al sistema sanitario, acciones comunitarias y vertebrar, apoyar y construir la intervención comunitaria, haciendo valer su rol mediador para que no se generen conflictos. Luego está todo el trabajo con los profesionales, para que sean más competentes interculturalmente...”* A partir de las necesidades del Programa, las funciones de las mediadoras interculturales se volcaron en la acción comunitaria, con menos espacio para el servicio de mediación intercultural específico de atención individual.

En cuanto a la ubicación del SMI se refleja un cambio estructural, al eliminar físicamente el servicio desde el Centro de Salud, (que se había previsto en el proyecto piloto), y ubicarlo en el Centro de Salud Pública de Valencia

Las barreras de acceso, se reflejan con mayor claridad al entrevistar a una mujer beneficiaria de la atención individualizada, que se encuentra en situación de vulnerabilidad

extrema, que además presenta características de irregularidad administrativa y que no acude al espacio ofrecido. Ante este tipo de situaciones, el programa respondió flexibilizando el tipo de intervención, acercándose al domicilio de la persona para realizar la acción de mediación. El Programa se va flexibilizando para dar respuesta a las necesidades emergentes que surgen desde los distintos beneficiarios/as.

En relación a la pregunta sobre el perfil de las mediadoras, el Programa centra su definición en aspectos académicos, formación intercultural y conocimientos específicos de población inmigrante, fundamentalmente latinoamericana (ecuatoriana, boliviana y colombiana). En la práctica, se observó un perfil de mediadoras con cualidades que van más allá de esta definición, en cuanto a las habilidades y competencias, así como de origen, hechos que son valorados de manera positiva por los distintos actores en las entrevistas.

Las mediadoras interculturales a lo largo del programa han sido 2 mujeres colombianas y una de origen magrebí. Los distintos actores entrevistados apuntan que lo principal son las habilidades que manejan estas profesionales, más allá de su nacionalidad: *"...un mediador puede ser autóctono o extranjero, son las habilidades que cuentan..."* (mujer, asociación de inmigrantes). En este sentido, una mujer beneficiaria de

mediación refiere: *“...no hay diferencia. No tenía problemas, da igual que fuera de España o de cualquier otra nacionalidad. Lo importante fue el espacio y ayuda proporcionados...”*.

Algunos/as de los y las profesionales sanitarios entrevistados apuntaron la posibilidad de incorporar en el equipo de mediación personas de nacionalidad española, como se señala: *“...quizás habría que plantearse un 50% mediadora española y una de fuera y ver qué pasa, porque a lo mejor la mediadora española da mejor resultado de lo que se piensa...”* (mujer profesional AP).

Desde la perspectiva de distintos profesionales de salud entrevistados, con respecto a la necesidad de implantación de un servicio de mediación intercultural en los Centros de Salud, se observaron opiniones distintas y opuestas: *“...nuestra percepción es de que no había ninguna necesidad, nunca comprendimos por qué se hizo en este Centro y no en otro, quizás porque éramos más receptivos, no lo necesitábamos, lo deberían haber puesto en otros centros que hubiera más barreras...”* (mujer, profesional Centro de Salud Sexual y Reproductiva), *“...los profesionales veían bien la incorporación de la mediadora, entonces estábamos más desbordados, se recibió bien, pues venía a ayudarnos...”* (hombre, profesional AP).

Algunos/as de los entrevistados señalan que no había por parte del Programa un análisis constante de necesidades de los y las profesionales de salud respecto a la población vulnerable o inmigrante, para diseñar una intervención más efectiva. Así mismo, aparecen dificultades con colectivos que hasta ahora no estaban presentes en el Servicio de Mediación Intercultural, como las personas de origen chino y africanos subsaharianos, entre otros.

En cuanto a la difusión y visibilidad de la mediación intercultural, en las entrevistas a los/as distintos actores/actrices, coincidían en señalar que no se realizó un plan de difusión y de comunicación del Programa que acercase este servicio a los y las profesionales y población en general. Respecto al tema señaló uno de los profesionales de salud entrevistados: *“...no hay mucha visibilidad, sólo los que teníamos nos interesábamos por ello...”* (mujer, profesional AP).

La apuesta desde el Programa para dar más peso a las actividades de acción comunitaria, fue percibida desde algunas personas entrevistadas como un factor que ha favoreció la invisibilidad del programa entre los y las profesionales de salud. En el análisis documental en el “Estudio de las perspectivas de los profesionales sanitarios y de los inmigrantes usuarios sobre el servicio de Atención Primaria y promoción en el

Departamento Hospital Doctor Peset de la Comunidad Valenciana” (Alcaraz M et al., 2010), se realiza una valoración de las propuestas de mejora en la atención sanitaria a la población inmigrante por parte de los/As profesionales de AP, donde figura como la principal petición “disponer de un traductor”, quedando en cuarto lugar la necesidad de “disponer de un mediador cultural”, estando esta opción en el mismo grado de importancia que “material de soporte en diferentes idiomas”.

Para responder a la pregunta de cómo se define la población diana del programa, se observa que durante el proceso de la actividad de mediación se flexibilizó, incorporando otros colectivos distintos a los definidos en la población latinoamericana y que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Lo que surge a partir del análisis de las fuentes secundarias, son distintas definiciones de la población diana. Si bien el Protocolo de Derivación del 2008 describe el Servicio de Mediación Intercultural como “específico para la población de origen latinoamericano y sólo para temas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva”, en las entrevistas con los distintos actores, como en el nuevo documento de derivación, se sigue mencionando y se sigue considerando como preferente la población de origen latinoamericana. “El servicio está para atender tanto a profesionales del ámbito sanitario como a

pacientes en situación de vulnerabilidad, especialmente población inmigrante latinoamericana de Bolivia, Ecuador y Colombia, por ser la población de mayor prevalencia en la ciudad de Valencia”.

Pero también, del perfil de la población beneficiaria, a partir del análisis de las entrevistas a la coordinación del programa y a las mediadoras interculturales, se observó una vez más la flexibilidad del Programa: *“... comunidades como los gitanos rumanos, árabes, paquistaníes, están en situación de vulnerabilidad y les hacen más vulnerables el tema del idioma, porque no entienden nada. Pero ellos al trabajar también se dieron cuenta que había que abrirlo. Ahora sí está abierto a más personas, ya no es solamente a las personas latinas... Primero población iberoamericana, luego inmigrante y ahora es vulnerable. A todo el mundo en situación de vulnerabilidad el programa está abierto...”* (mediadoras interculturales 2 mujeres) *“...estrategia del Ministerio de Salud y vemos que lo que se va diciendo lo vamos haciendo en el Programa y concuerda, lo que nos va afianzando. La publicación de la cartera de servicios Valenciana que especifica la promoción de salud en colectivos vulnerables...”* (coordinación del programa, un hombre y una mujer).

Por otro lado se observó también, desde las entrevistas realizadas, un mayor esfuerzo desde el Programa hacia la difusión en el ámbito comunitario, correspondiendo a su estrategia de actuación. Respecto al tema, desde la Consellería de Inmigración de Valencia se refiere: *“...en uno de los encuentros que promovimos se explicó el Programa MIHsalud para todos los mediadores interculturales de la Comunidad Valenciana y a técnicos de la agencia de integración. Se explicó también la labor de los mediadores interculturales de la Conselleria de Educación y por nuestra parte expusimos apuestas o programas interesantes en el ámbito comunitario. De esta manera se conoció la dinámica de los tres ámbitos, sabemos lo que hacen y a quién acudir...”*.

### **VI.3.2 Proceso**

En el proceso del Programa se observó, desde el análisis de la documentación secundaria y de las entrevistas, una flexibilidad en la priorización de las líneas de actuación, como respuesta a una necesidad que surge desde Salud Pública, enfatizando la acción comunitaria: *“...terminando la fase piloto, se toma la decisión de potenciar lo comunitario y los profesionales se dejan en segundo plano, abiertos a que colaboren, pero centrados en lo comunitario...”* (coordinación del programa, una mujer).

En la "Memoria de Actividades de 2010" (Centro Salud Pública Valencia, 2011) se observa que, dentro de la actividad de mediación intercultural en salud, se define que: *“El trabajo de las dos mediadoras se ha orientado hacia la dinamización comunitaria: activando puntos informativos; reuniéndose personalmente en las sedes de las asociaciones, realizando conversaciones, planificando e impartiendo talleres en coordinación con los agentes de salud ya formados”*. Aunque en el mismo documento se habla de la elaboración de un “nuevo protocolo para atender individualmente a pacientes en situación de vulnerabilidad, con el objetivo de seguir aportando información, orientación, consejo y acercamiento a los servicios de salud y específicamente, a los de salud sexual y reproductiva”. Para responder a la pregunta de cómo son las relaciones laborales de las MI, a partir del análisis de la información secundaria y entrevistas, se observó que existía una asociación responsable de la contratación de las mediadoras interculturales, dado que no es posible la contratación desde Salud Pública, ya que no existe esta figura en el catálogo de puestos de trabajo. Con esta finalidad, se establece desde 2007, la relación contractual con ACOEC (Asociación de Cooperación Entre Comunidades), que es una asociación que nace en el año 1998, con la voluntad de trabajar en programas de cooperación



en Ecuador, siendo sus miembros mayoritariamente profesionales del ámbito de la salud.

A partir del análisis de las entrevistas, se observó que el retraso en los pagos por parte de la Administración generó inquietud y consecuencias financieras adversas para ACOEC, como refiere:

*"...ACOEC ha asumido costos, ha hecho esfuerzos excesivos..."*.

*"...de hecho hemos tenido que pedir una póliza la gente de ACOEC garantizando con el patrimonio personal... Empezamos con dinero nuestro porque creemos que hay que trabajar y que eso va a la mejora de todos. Hicimos una reflexión y creímos que era necesario y debíamos apostar por esto..."* (hombre, ACOEC).

De la información derivada de las entrevistas a la coordinación de programa y a miembros de ACOEC se observó no es una relación de partenariado completa en la que las partes están en igualdad de condiciones, como se señala: *"...la gran responsabilidad de la ejecución del proyecto está en manos de Salud Pública, nosotros somos el soporte que hace posible que esto se lleve a cabo..."* (mujer, ACOEC).

Sobre las actividades que realizan las MI en las entrevistas realizadas se observó que la planificación de las tareas de las mediadoras interculturales se pactaban conjuntamente en reuniones semanales, donde participan coordinación del Programa, mediadoras interculturales y representantes de

ACOEC: *“...tenemos objetivos anuales y mensuales definidos entre todos, incluso nosotras...”* (mediadoras interculturales). Además, en estas reuniones semanales de equipo se contemplaba un espacio para la discusión y la resolución de posibles conflictos o dudas que pueden generar las prácticas con este tipo de población. Lo que se observa a partir del análisis de la documentación secundaria y entrevistas realizadas, es un exceso de informes solicitados a las mediadoras acerca del programa, hecho que implicaba un consumo de tiempo en su desarrollo.

Se observó en las entrevistas que el equipo de mediación disponía de herramientas para las derivaciones que son completas y eficaces para la población. Las MI disponían de una gama de recursos actualizados y son valoradas positivamente por las personas entrevistadas y que han sido beneficiarias de mediación. Esto se puede observar en las declaraciones de algunas de las beneficiarias. *“...han orientado sobre la violencia de género y cómo hacer para denunciarle, incluso me dijeron que las mujeres que han sido violentadas pueden conseguir una ayuda para conseguir la nacionalidad... Me orientaran mucho sobre el tema...”* (mujer atendida por el SMI).

La evaluación constató directamente, además de contrastarlo con las entrevistas, distintos enfoques respecto al papel de la

mediación intercultural y posicionamiento que adquiere el equipo de mediación en relación a las personas beneficiarias de atención individual. En el proceso, se percibe una relación que corre el riesgo de generar un exceso de dependencia desde los beneficiarios hacia la mediación. Esto se observó en lo que contaba una de las beneficiarias de la mediación: *“...también me acompañan a resolver temas en el consulado, por la separación del marido. Me acompaña en muchos lugares. Asociación de mujeres, entrevista con abogados”*. (mujer atendida por el SMI) y como se vio en la opinión de otra beneficiaria: *“...me ha ayudado con pañales, medicamentos, comida, ella fue al mercado y me trajo mucha comida aquí (donde estaba en el asentamiento), trajo ropita para la bebé...”* (mujer asentamiento urbano, atendida por el SMI).

Aunque no se percibía en el diseño del programa una dirección específica de género, hay que resaltar que, a partir de todas las informaciones recogidas, se observó una mirada de género en todas las acciones desarrolladas por la coordinación y el equipo de mediación, con una valoración positiva entre las personas entrevistadas beneficiadas de la atención individual. Esto también demostró una vez más la flexibilidad del programa para integrar nuevos elementos a la intervención, como señala una mujer atendida por el SMI: *“...las cosas que he aprendido he*

*podido transmitir para otras personas. Mis hermanas por ejemplo, una específicamente que ha sufrido violencia de género peor que la que yo he sufrido. Una mujer antes de dar el paso de denunciar a la persona tiene que estar muy decidida, pero mediante alguien que te apoye. Mucha gente que pasa por esto no sabe dónde acudir...”.*

### **VI.3.3 Resultado**

Los resultados de la actividad de mediación intercultural se centran en las tareas desarrolladas por el equipo de mediación en el ámbito de las atenciones individuales, a partir del análisis de las percepciones de las mujeres usuarias del servicio de mediación o bien del análisis de los resultados de las percepciones de los profesionales de salud en relación al servicio de mediación intercultural ofrecido por el programa. Los resultados de la evaluación de las actividades comunitarias de las MI, no se incluyen, al no ser objeto de esta Tesis.

Desde la puesta en marcha del servicio de mediación intercultural, a partir de febrero de 2008 hasta 2011, se ha atendido a un total de 393 personas, siendo un 86% mujeres y un 14% hombres.

En todas las entrevistas se observó que el programa tiene una gran aceptación en las personas beneficiadas. Las acciones

realizadas por el equipo de mediación en las atenciones individuales son valoradas positivamente, en cuanto al proceso de mediación, el acercamiento de las mediadoras y los resultados obtenidos, con aspectos de empoderamiento en las personas atendidas. Esto se observa en lo que cuenta una de estas beneficiarias: *“...después de la conversación con la mediadora, le he contado a mi marido que lo denunciaría, que me iría con las niñas a un lugar seguro y el marido ha cambiado, porque él está solo y yo cuento con la mediadora, no estoy sola, ella me puede ayudar... ahora yo sé que él no me tiene que pegar y él sabe que no me tiene que pegar...”* (mujer atendida por el SMI).

Desde las asociaciones, también se valoró positivamente el servicio de mediación intercultural. Los entrevistados apuntaban que la disponibilidad de un servicio especializado en mediación les ha podido ayudar en casos específicos que muchas veces llegan directamente a ellos, tal como refiere un representante de asociación: *“...ya ha derivado dos o tres casos que ha analizados con ellos. Una niña que llevaba 8 años sin derivar para un especialista y ellos del programa consiguieron derivar”* (hombre, asociación de inmigrantes).

Desde las entrevistas realizadas a los profesionales de salud, se observó que en su mayoría no había una percepción de utilidad

del servicio de mediación intercultural ni necesidad en su práctica diaria y según se desprende esto puede deberse a la poca implicación que tuvieron en el diseño del proyecto. Muchos también han apuntado la no existencia de barreras lingüísticas con la población beneficiaria, hecho que valoran como la principal dificultad de atención a la población inmigrante de otros colectivos.

A partir de los análisis de las entrevistas se observó que los profesionales de salud se percibían a sí mismos competentes interculturalmente y señalan no tener problemas directos con la población latinoamericana, debido únicamente a que no existían barrera idiomática. Algunos profesionales entrevistados manifestaron interés de conocer y comprender claves culturales de otros colectivos de personas inmigradas.

Con respecto al servicio de mediación intercultural, los profesionales entrevistados mostraron opiniones diversas acerca de su utilidad. Señalaban: “...*el buen profesional si escucha, no tiene problemas...*” (hombre, profesional AP), “...*Me preguntan si se estaba viendo resultados y yo les dije que no...*” (mujer, profesional CSSR), “...*los profesionales veían bien la incorporación de la mediadora...*”, “...*ayudó muchísimo...*” (mujer, profesional AP).

Desde las entrevistas a los profesionales de salud, se observó un desconocimiento de las funciones de la mediación intercultural y esto lo relacionaron en parte por el alejamiento de las mediadoras de los centros de salud, por la falta de difusión del programa y de visibilidad del mismo entre los profesionales de salud o bien por la falta de un análisis de necesidades de la mediación en los centros de salud. Respecto al tema señala uno de los profesionales de salud entrevistados: *“...no han visto una figura necesaria. En algunos casos era un eslabón más por el que tenía que pasar. Aquí no teníamos ningún problema de acceso...”*(mujer, profesional CSSR). O bien como puntúa otro profesional: *“...no se ha sabido vender bien el producto y hay una gran desmotivación...”* (mujer, profesional AP).

Desde las entrevistas realizadas, es relevante señalar lo mencionado desde la Consellería de Inmigración de la Comunidad Valenciana, respecto al servicio de mediación intercultural: *“...aquí está esto, y surgen menos demandas porque está cubierto.... en este caso aquí como está cubierto con el trabajo que está haciendo las dos mediadoras no nos llegan tantas demandas. Porque ya las conocen. Si el programa se ampliara no teníamos tantas demandas...”*. Lo que se interpretaba como que el programa mihsalud estaba dando una

respuesta adecuada a unas necesidades, por lo que en su ámbito de actuación estas necesidades no se expresaban.

La pregunta de evaluación ¿qué hace la MI (actividades) en la atención individual y que repercusión tiene en las personas que atiende? Ha abierto una línea de continuidad en la investigación y evaluación de la actividad de atención individual del SMI, que se plasma en los capítulos IV y V de esta Tesis.



## **CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN**

## VII.1. DISCUSIÓN DEL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el análisis cuantitativo de los episodios de atención de la Mediadora Intercultural (MI) a 339 mujeres inmigrantes durante el periodo 2008-2011 se observa que, desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2008), contrasta el hecho de que las mujeres atendidas, a pesar que tenían un nivel formativo elevado - lo que se considera como un activo para la salud (Morgan A et al.,2010)-, presentaban una situación precaria en términos laborales: eran empleadas sin seguridad social o desempleadas sin prestación.

Por otra parte, un 70% de las mujeres residían en una vivienda con cuatro personas o más, lo que puede deberse a dos motivos: pertenencia a familias extensas o bien, compartir piso con compañeros/as. El trabajo y la vivienda son unos de los principales determinantes de salud en la población inmigrante, como también han identificado otros autores (Fuerte C et al., 2006).

Según los registros de las atenciones, el 70% de las mujeres tenía algún hijo/a y un 44,23% de las mujeres bolivianas no convivían con ellos/as. Esto puede deberse a que están en sus países de

origen, bien con la pareja o con las abuelas; con lo que las mujeres tienen mayores facilidades para trabajar en España, pero también se encuentran expuestas al proceso de duelo por la separación (Bermúdez EM, 2007).

El perfil de las mujeres atendidas fue de un nivel educativo medio-alto y un trabajo por debajo de sus posibilidades - lo que condicionaría una movilidad social descendente (Uribe C, 2005)- , que compartían la vivienda y presentaban con frecuencia multiduelos: separación del país, familia, amigos e hijos en origen.

Todos los factores descritos: tiempo de residencia, condiciones de trabajo, vivienda e hijos, son factores de vulnerabilidad para estas mujeres (Foro para la integración social de los inmigrantes, 2011) que no siempre se tienen en cuenta en las consultas sanitarias y, gracias a la intervención de la Mediadora Intercultural (MI), se visibilizaron e incorporaron como parte de la atención a su salud.

Las mujeres bolivianas fueron las de más reciente llegada en el periodo del estudio y las que presentaron, lógicamente, un mayor desconocimiento del sistema sanitario y fueron más frecuentemente usuarias del servicio de MI; eran las que presentaron mayor vulnerabilidad social, más frecuentemente

estaban en situación irregular y sin alta en seguridad social, lo que justificaría intervenciones intersectoriales en este colectivo. Se observa que un 36% de las mujeres fueron remitidas por el Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR), y las acciones llevadas a cabo por las MI estaban relacionadas con estos temas: información sobre anticonceptivos, uso del preservativo y/o proyecto reproductivo y rol de género. Tras la mediación, un 88,20% de las mujeres eran mayoritariamente remitidas al propio CSSR. Esta forma de atención, “consulta entre la MI y la paciente”, ha sido descrita por otros autores (Iniesta et al., 2008, Verrept H,2004) y se orienta a mejorar la comunicación y la cooperación de la usuaria para, entre otros objetivos, el cumplimiento del tratamiento que, en nuestro programa, sería por ejemplo la implantación de una anticoncepción adecuada. En relación a la población latinoamericana, mayoritaria en nuestro contexto (Oficina Estadística del Ayuntamiento de Valencia, 2012) y a pesar de la proximidad lingüística, existen otras diferencias culturales que pueden influir en la comunicación. También, al igual que en otros estudios (Iniesta C et al., 2008), las MI han tenido un papel clave en la derivación de mujeres embarazadas a la matrona de AP para el seguimiento del embarazo normal, evitando los sobrecostes de las posibles atenciones urgentes (López-Rillo N, 2010).

Las MI identificaron problemas sociales con más frecuencia que en otros estudios, 19,7% frente a 8,3% (Iniesta C et al., 2008), que fueron derivados a servicios más especializados y confirman el papel clave de estos/as profesionales en la detección de este tipo de problemas.

La interacción de violencia de género e inmigración es una línea de investigación emergente (Vives-Cases C et al., 2009). Se ha identificado a las mujeres andinas (procedentes de Ecuador, Bolivia y Colombia) como especial población de riesgo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). En este sentido se puede afirmar que la intervención de las MI con mujeres de estos países ha sido efectiva, ya que han detectado más del doble de casos de violencia de género de los que habían sido remitidos por este motivo. Esto permitió su derivación a servicios especializados como el sexólogo del CSSR o mujer 24 horas, servicio especializado en atención de casos de violencia de género a cualquier hora. Los resultados obtenidos plantean la conveniencia de realizar el cribado universal (Escribá V et al., 2009) a las mujeres inmigrantes.

La mediación intercultural es una figura de reciente aparición y escasa implantación en nuestro país, los resultados obtenidos en este trabajo permiten concluir que puede tener un importante papel preventivo y de promoción de la salud, especialmente en

salud sexual y reproductiva, en la prevención de la violencia de género y en la detección de problemas sociales.

Hay acuerdo (Iniasta C et al., 2008, Verrept H, 2004, Terraza R et al., 2010, Casas M et al., 2009, De Muynck et al., 2004) en que la incorporación de la mediación es una muestra de sensibilidad cultural por parte del sistema sanitario del país de acogida, para prestar una atención de calidad. Por otro lado, la formación, funciones y tareas de la mediación intercultural no están estandarizadas; aunque las MI en nuestro programa tenían formación y acreditación como mediadoras interculturales y recibieron formación específica en promoción de la salud y atención sanitaria. Los aspectos de contratación de la MI, figura que no existe en el catálogo de puestos de trabajo, se solucionaron con la colaboración de una ONG. Sería conveniente la profesionalización y valoración social de la mediación intercultural dentro del sistema sanitario (Iniasta C et al., 2008, Verrept H, 2004, Casas M et al., 2009, De Muynck et al., 2004). Las principales limitaciones del estudio se refieren a que los datos proceden de registros realizados por las MI en el contexto de las consultas de este servicio y no responden al cálculo de una muestra. Así pues, los resultados obtenidos no pueden generalizarse a la población inmigrante. También hay que considerar las limitaciones referidas al desconocimiento de la

valoración de los profesionales y de las propias usuarias sobre la utilidad del servicio de mediación. Por otro lado, el trabajo presenta limitaciones características de un estudio descriptivo como no disponer de un grupo control que permita medir la efectividad de las intervenciones (Nebot M et al., 2011).

## **VII.2. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DE LA ATENCIÓN INDIVIDUAL DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL**

Continuando con la evaluación, se realizó una auditoría de 26 historias clínicas de mujeres remitidas al Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) por la MI y se observó que estas mujeres presentaban mayor situación de vulnerabilidad, confirmándose por sus antecedentes obstétricos: un 88,5 % tenía antecedente de algún IVE, todas tenían algún/a hijo/a y un 42,3 % había tenido algún aborto espontáneo y en un 46.2 % ningún embarazo fue planificado.

Estos datos contrastan con la auditoría de historias clínicas realizada con anterioridad sobre las 829 mujeres que acudieron al CSSR en el año 2007 (Alcaraz m et al., 2010) y de las cuales un 45,5% eran inmigrantes y, de estas, el 78,5% latinoamericanas. En la historia obstétrica el número de gestaciones, de IVE y de abortos espontáneos era superior en inmigrantes (I) que en

españolas (E) (nulíparas: E 64,2% y 22,5% en I; IVE 24,7% en I y 9,1% en E; abortos espontáneos: 13,5% I y 4,9 E); los embarazos planificados eran más frecuentes en españolas (59,9%) que en inmigrantes (31,2%), todas las diferencias eran significativas ( $p < 0,001$ ). Estos porcentajes en mujeres inmigrantes fueron menores que los obtenidos en nuestro estudio, es decir se confirma que las mujeres remitidas por la MI, eran de mayor riesgo dentro de las mujeres inmigrantes latinoamericanas.

Los porcentajes de anticoncepción ineficaz en las mujeres inmigrantes del estudio de 2007 (un 21% no utilizaba ningún método, un 9,4% coito interrumpido y un 5,4% métodos naturales) eran inferiores a los del actual estudio, pero tras la intervención (MI) y la consulta al CSSR, mayoritariamente se instauró una anticoncepción eficaz (65,3%).

En cuanto a los embarazos, tras la mediación, todos ellos fueron atendidos por las matronas de AP antes de la semana 12 de gestación, uno de los objetivos del programa y de la intervención de la MI. En todas ellas se realizó una adecuada promoción de la salud y seguimiento del embarazo normal, lo que de acuerdo con otros autores, evita sobrecostes por la utilización de otros recursos como las consultas urgentes (López-Rillo N., 2010).

La aparición de tres IVE tras la mediación es, sin lugar a dudas, un fracaso, pero hay que considerar que es una población de alto



riesgo y su frecuencia podría haber sido mayor sin la MI. Las posteriores consultas al CSSR y la instauración de una AC eficaz en un 65.3% de las mujeres atendidas lo demuestran.

La aparición de cuatro casos de violencia de género tras la MI, en dos de ellos ya había identificado antecedentes de maltrato, lo que confirma la importancia y dificultad de abordar este problema de salud. Estos casos, como los IVE se dieron en mujeres bolivianas, lo que confirma lo identificado en estudios anteriores (Alcaraz M et al., 2014) que consideran a las mujeres bolivianas como de especial vulnerabilidad.

En las entrevistas individuales realizadas a seis mujeres bolivianas de estas 26 historias clínicas auditadas, las mujeres entrevistadas vinculaban la adopción de métodos anticonceptivos seguros con la acción de la mediadora: “desde entonces me cuido” y en algunas se evidenció un deseo de maternidad. Una mujer con hijos/as aquí y en su país de origen, expresaba la complejidad del proceso migratorio en un contexto de multitudes, así como su influencia en las cuestiones de salud sexual y reproductiva ya apuntadas en anteriores estudios (Alcaraz M et al., 2014; Bermúdez EM, 2007). Una de las mujeres entrevistada fue víctima de violencia de género y valoraba la intervención de la MI como un espacio de confianza donde había podido abordar este problema.

Las limitaciones fundamentales de este estudio hacen referencia al tamaño muestral de la auditoría de historias clínicas y a la ausencia de grupo control, lo que en parte se subsanó con las valoraciones antes/después de la intervención y al posible sesgo de memoria en las entrevistas a mujeres.

### **VII.3. EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO**

La evaluación económica se define como el “análisis comparativo de líneas alternativas de acción en función tanto de sus costos como de sus consecuencias” (Drummond et al., 1997). Es decir siempre comparará dos opciones, aunque sea la opción de “no hacer nada”. Rara vez el mejor comparador es "no hacer nada" ya que, aunque no exista otra manera de prevenir el problema de salud, el tratamiento de las consecuencias, siempre será una alternativa (OPS, 2007). En esta línea, en nuestro estudio se ha planteado la estimación de costes asociados a las consecuencias de la "no intervención de la MI" en esta población en situación de vulnerabilidad.

Se realizó la contabilidad analítica del programa mihsalud para el periodo 2007-2011 lo que ha permitido imputar costes unitarios (López-Bastida J, 2010) a las distintas actividades del programa. Aunque esto no supone ninguna novedad en el ámbito asistencial, en el ámbito de la salud pública no se había

realizado en un programa de promoción de la salud. Tras estimar los costes de la intervención y la no intervención para subsanar la incertidumbre del modelo y dotarlo de mayor robustez y confiabilidad, se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico multivariante tipo Montecarlo (Briggs A et al., 1994, Critchfield GC et al., 1986, Doubilet P et al., 1985). En la imputación de costes unitarios a las actividades finales hay que considerar que el “efecto contagio o propagación del programa” solo se ha cuantificado para las “conversaciones informales”, sería necesario evaluar este efecto en otras actividades del programa como los “foros comunitarios” y los “talleres”. Por otro lado de acuerdo con la economía de escalas, si el programa contara con más MI y Agentes de Salud Comunitaria, aumentaría en número de actividades, lo que podría realizarse prácticamente con los mismos costes en formación y recursos de Técnicos/as del CSPV, que suponen el coste fundamental del programa. Se considera que ambos aspectos deben considerarse para futuro del programa, ya que mejoraría el balance coste efectividad, al disminuir el coste final de las actividades.

El valor medio de los costes ahorrados es la medida recomendada para la evaluación económica, de acuerdo con las recomendaciones del proyecto EVALIPS realizadas tras la aproximación a los distintos enfoques posibles y plausibles de la

evaluación económica del programa mihsalud (Centro de Salud Pública de Valencia, 2013).

En la evaluación de mihsalud se ha contado con las limitaciones de no disponer de un grupo control que permita comparar y medir con mayor precisión la efectividad de las intervenciones (Nebot M, 2011), lo que ha sido de especial relevancia para la evaluación económica (Drummond M et al., 1997).

Los resultados obtenidos confirman un ahorro de costes en salud sexual y reproductiva atribuidos a la intervención. En el análisis de sensibilidad de Montecarlo se puede observar cómo, en la mayoría de los casos, la intervención provoca un ahorro al sistema sanitario público, en concreto una media de 696.76 € por mujer en un periodo de 4 años. Hay que considerar que el ahorro de costes se ha planteado únicamente en relación con las IVE y los embarazos, ya sean controlados o no, que eran los datos a los que se podía acceder tras la realización de la evaluación del impacto en salud. Esto ha excluido de la evaluación económica aspectos como la detección precoz de violencia de género o los beneficios del empoderamiento, resultados del programa mihsalud que pueden tener diferentes efectos económicos tanto dentro del sistema sanitario y del consumo de servicios, como fuera de él. Evidentemente la evaluación económica realizada también tiene las limitaciones derivadas de la asunción de

hipótesis para calcular las probabilidades, fundamentalmente de la no intervención y los costes asociados a los eventos (embarazo controlado, no controlado, etc.).

Si se acepta, como corresponde a la promoción de la salud, una perspectiva social de la evaluación económica, se requiere que todos los recursos estén incluidos independientemente del organismo encargado de suministrarlos. El uso del tiempo voluntario y recursos comunitarios es una característica de las intervenciones en promoción de la salud, debido a la importancia de la participación. En las guías internacionales de evaluación económica, no existe consenso sobre el método de valoración de los costes no sanitarios (López-Bastida J, 2010). Por otro lado, hay que considerar que los recursos atraídos a una intervención, a través de la acción comunitaria exitosa, representan tanto un costo, como un resultado (OPS, 2007).

Los resultados obtenidos en la evaluación del impacto económico confirman un ahorro de costes con la intervención y ponen de manifiesto que, pese a las limitaciones existentes, es posible y necesaria la evaluación económica de los programas de promoción de la salud.

## **VII.4. COMPLEJIDAD DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Las recomendaciones de buenas prácticas para la evaluación económica de programas de intervención comunitaria concluían que los programas de promoción de la salud basados en el empoderamiento y/o compromiso de la comunidad son más difíciles de evaluar económicamente que otras intervenciones.

En este tipo de programas surgen dos niveles de complejidad: la evaluación del impacto del programa sobre la salud; y la evaluación del grado de empoderamiento. Las lecciones aprendidas al evaluar el programa mihsalud, se resumen a continuación.

1) En relación al diseño. Al diseñar el programa se deben tener en cuenta indicadores que hagan factible la evaluación económica estableciendo claramente una línea de base y los endpoints u objetivos primarios. En cuanto a la población, es importante definir la población objetivo y si fuera posible, un grupo de control. En cuanto a las actividades, es necesario definir claramente los objetivos de cada actividad, las subactividades, los indicadores de evaluación y el presupuesto para cada una de ellas. En cuanto al impacto, es esencial definir el impacto del programa sobre la salud de la población de manera realista.

2) En relación a los costes. Se han de considerar los costes directos, los costes de administración y gestión y los costes sociales que incluyen los costes de los voluntarios locales y cualquier otro coste implícito. Considerar asimismo, los costes de “no compromiso”, como apatía o exclusión social.

3) En relación a los resultados. El criterio principal para medir los resultados o “outcomes” propuestos es medir si se ahorra algún coste con la intervención.

4) En relación a los modelos de evaluación. Los modelos coste-efectividad son muy limitados. El valor medio de los costes ahorrados es la medida recomendada para la evaluación económica.

Los modelos de coste-beneficio basados en metodologías de evaluación contingente (Puig J et al., 2000) requieren encuestas que son, en ocasiones, muy costosas de implementar e incluso diseñar.

Los métodos de modelización matemática que explican mediante simulación la evolución de comportamientos humanos (Santonja F J, 2010) pueden ser útiles para estos propósitos si se

cuenta con expertos capaces de realizar las modelizaciones.

## **VII.5. EVALUACIÓN PARTICIPATIVA**

La evaluación participativa (Guba EG et al, 1989, Cousins & Earl, 1992, Cousins & Whitmore, 1998; Greene, 1987; Green & McAllister, 1998) del servicio de mediación intercultural, ha integrado la opinión de los diferentes actores del programa mihsalud: equipos directivos, coordinadores/as, mediadoras, profesionales sanitarios de AP y mujeres atendidas. Contando con los profesionales de la Càtedra de Recerca Qualitativa de la UAB como evaluadores externos y triangulando la información obtenida con el análisis de los documentos internos del programa.

La realización de la evaluación participativa del programa mihsalud, aportó efecto pedagógico de ayudar a construir una cultura favorable a la evaluación (Victoria CG et al., 2008), ya que supuso para los técnicos/as del programa un proceso de aprendizaje y los resultados obtenidos fueron utilizados para la reformulación del programa. El objetivo de que la evaluación se reflejara en la toma de decisiones a nivel político con una adecuada financiación para la ejecución del programa no fue alcanzado, pero hay que señalar que mihsalud sigue implantado



en la actualidad desde el Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) y ha obtenido para 2014 financiación externa.

Los resultados de la evaluación participativa, pusieron de manifiesto la sensibilidad programática de mihsalud que, aunque inicialmente iba dirigido a la población latinoamericana, se había abierto a otras poblaciones en situación de vulnerabilidad. También los contenidos se habían ido ampliando de acuerdo con la demanda percibida, incluyendo a la prevención de la violencia de género y la salud infantil. Estos aspectos que suponen una dificultad para la evaluación del impacto, fueron valorados como una fortaleza desde esta perspectiva de evaluación.

El cambio de ubicación de la consulta de la MI del Centro de Atención Primaria (CAP) al CSPV posiblemente esté relacionado con el descenso en las atenciones individuales derivadas desde los y las profesionales de salud y supuso una barrera de acceso al servicio de mediación intercultural. El programa respondió a esta situación flexibilizando las intervenciones y realizándolas hasta en el propio domicilio de las mujeres. Actualmente las enfermeras comunitarias que realizan estas intervenciones en el programa, disponen de una consulta para ello en el CAP.

Otro de los aspectos que destacaba la evaluación era que trabajar con población con características de vulnerabilidad y

con múltiples necesidades, puede tender al establecimiento de relaciones de dependencia, lo que apoyaría una atención asistencialista que podría generar una sobrecarga o *burn-out* en las mediadoras. Las mediadoras que participaron en la evaluación no expresaron ninguna opinión en este sentido, manifestaban su implicación en el diseño continuo del programa, aunque consideraban que habían de realizar un exceso de informes sobre su actividad.

A diferencia de otros estudios (Iniesta C et al., 2008), los/as profesionales sanitarios de AP en nuestro caso, no valoraban mayoritariamente la utilidad de la figura de la MI, ni se sentían participes del programa. Se consideran diferentes motivos: pensaban que ya tenían competencia intercultural, especialmente con la población latina -por el idioma común-, y que no habían formado parte del diseño del programa. También hay que considerar que en la Comunidad Valenciana los Equipos de AP no realizan muchas intervenciones en salud sexual y reproductiva, ya que existe un recurso específico que son los CSSR.

En cambio, las entrevistas realizadas a las mujeres atendidas por la MI y a los/as miembros de Asociaciones de Población Inmigrante, ponían de manifiesto que valoraban satisfactoriamente la atención recibida por la mediadora y

consideraban de utilidad la intervención. Los aspectos que se reflejan en las entrevistas hacían referencia al papel de las MI en el abordaje de la violencia de género y en la mejora del acceso a servicios de salud, servicios sociales y comunitarios.

Las preguntas de evaluación sobre la efectividad de la atención individual de la MI, fueron consideradas como muy relevantes tanto por los equipos directivos, como por el equipo de coordinación del programa y fueron contestadas con las entrevistas realizadas y los posteriores estudios objeto de esta tesis.

El desarrollo de la salud comunitaria, como lugar de interacción de Salud Pública, Atención Primaria y población (Pasarín M et al., 2013) es sin lugar a dudas en nuestro medio un reto pendiente. De la misma forma se observa una gran distancia entre los contenidos de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud y la práctica de la misma. Habría que reflexionar sobre la necesidad de que las/os profesionales del ámbito técnico y directivo tengan las competencias prácticas para “hacer” o “liderar” procesos de promoción de la salud.

La evaluación participativa supone sin lugar a dudas una innovación que conlleva un proceso de reflexión sobre el programa o política evaluada por parte de los distintos actores implicados (evaluadores internos y externos) y que podría

aplicarse a otros programas de salud y contribuir al rediseño constante de las intervenciones en promoción de la salud.

## VII.6. DISCUSIÓN GENERAL

La incorporación de la mediación intercultural en el programa mihsalud, asume el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2005, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010) desde la perspectiva de que la inmigración es, sin lugar a dudas, uno de los indicadores de vulnerabilidad social en salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). La estrategia de intervención a través de la mediación se alinea con el “universalismo proporcional” (Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, 2013), contribuyendo a disminuir las desigualdades en información y acceso a servicios desde la perspectiva del “empoderamiento” (WHO, 2009) de las mujeres latinoamericanas atendidas.

A pesar de que han proliferado estudios sobre desigualdades en salud, existen escasos estudios sobre las intervenciones para reducirlas (Diez E et al, 2004). Lo novedoso del programa mihsalud es que es una intervención diseñada para reducir estas desigualdades en salud, que además, se ha evaluado y se han aplicado las recomendaciones de mejora tras dicha evaluación.

La intervención de la MI no ha seguido un esquema paternalista y asistencialista (Musitu G, 2004) sino que ha trabajado en una comunicación más horizontal dirigida al empoderamiento y no centrada exclusivamente en los problemas y necesidades de estas mujeres (Álvarez-Dardet C, 2011). La MI ha actuado como un activo para la salud (Morgan A et al., 2010) mejorando la capacidad de estas mujeres en la toma de decisiones sobre anticoncepción, la violencia de género y el acceso a servicios, conectando a las mujeres latinoamericanas con otros servicios de salud, sociales y comunitarios.

Asimismo, las acciones de la MI en el programa mihsalud, asumen la transversalidad de género como horizonte estratégico y como práctica en función de la realidad y de los espacios y oportunidades de intervención. Se asume una perspectiva integral de género (Velasco S, 2008) para intervenir sobre el género como determinante de salud, sobre la salud de las mujeres y sobre las desigualdades de género en salud. En mihsalud la perspectiva de género es una perspectiva para la transformación y tiene entre sus objetivos trabajar por un sistema sexo-género igualitario en la población diana.

Como han descrito otros autores (Ramírez E, 2007), la inmigración replantea algunos de los valores fundamentales de las sociedades de origen. En el caso de sociedades fuertemente

patriarcales en origen, donde el acceso al trabajo, a esferas de decisión y libertad, corresponden casi exclusivamente a los hombres; la inmigración pone en crisis la estructura de la familia tradicional basada en la autoridad masculina y en una segregación clara de los roles de género. De ahí que se hable de los periodos de transición (personales o colectivos) como los más peligrosos desde el punto de vista del riesgo de violencia de género (v.g.) (Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid, 2010).

Las cifras demuestran que la prevalencia de maltrato en mujeres inmigrantes (medida en denuncias y muertes) puede ser más elevada que la que afecta a las autóctonas (Vives C et al., 2009). En el informe Violencia de Género 2011, realizado por el Ministerio de Sanidad Políticas Social e Igualdad se ha identificado a las mujeres andinas (procedentes de Ecuador, Bolivia y Colombia) como especial población de riesgo. Estos resultados plantean la conveniencia de realizar el cribado universal que fija el Protocolo de atención sanitaria a la violencia de género de la Comunidad Valenciana (Escribá V et al, 2009) a las mujeres inmigrantes. Los resultados obtenidos en la evaluación de la atención individual de la MI confirman el papel que han tenido estas profesionales en la detección de casos de v.g. y su derivación a servicios especializados.

El programa mihsalud se posiciona en la construcción de la interculturalidad desde el ámbito de la salud y, específicamente, desde la salud pública, lo que implica necesariamente una acomodación bidireccional (Rodríguez García P et al., 2007). Teniendo en cuenta las particularidades que implica trabajar desde la interculturalidad en contextos sanitarios, la literatura señala que la mediación intercultural en salud se perfila como uno de los instrumentos para mejorar la atención a la salud entre la población inmigrada (Rodríguez García P et al., 2007). En otros países existen experiencias de mediación intercultural en el ámbito sanitario (Verrept H, 2004) y aunque son escasas en nuestro contexto (Iniesta C et al., 2008), la mediación es una estrategia que contemplan la mayoría de los planes estatales o autonómicos de atención a la población inmigrante (Terraza R et al., 2010). Estudios realizados indican que la mediación mejora la calidad de la atención sanitaria de personas de minorías étnicas (Verrept H, 2004) y favorece la cooperación de las/los usuarios/as y la utilización de los recursos sanitarios (Iniesta C et al., 2008). Las principales barreras en la incorporación de la mediación a los servicios de salud son la falta de reconocimiento profesional de la misma y la cualificación de las MI (Verrept H, 2004).

En la Guía de Evaluación Económica de Promoción de la salud, OPS, 2007 se afirma que “dada la naturaleza política y de gestión de la evaluación, ésta debería responder a las necesidades de información de diversos públicos (ser inclusiva y participativa); centrarse en la utilización de resultados; ser un producto de sucesivos enfoques complementarios, conceptuales y metodológicos; permitir la participación de distintos públicos en las diferentes etapas del proceso de evaluación; y ser socialmente responsable, posibilitando la difusión y promoción de manera tal que se utilicen los resultados”.

En 2011 se desarrolló el proyecto EVALIPS (Evaluación de Intervenciones Participativas en Salud) en colaboración con la Cátedra de Recerca Qualitativa de la Universidad Autònoma de Barcelona (UAB) y del Centro de Investigación en Econòmica y Gestión Sanitario de la Universidad Politècnica de Valencia (UPV). Sin lugar a dudas, esto ha supuesto superar barreras de colaboración, entre grupos académicos (UPV y UAB) y la administración (Sección de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de Valencia). Por otro lado las recomendaciones de EVALIPS han definido las líneas de continuidad de la evaluación de la atención individual del Servicio de Mediación Intercultural, objeto de esta Tesis.



Por otro lado los diseños de evaluación en promoción de la salud tienen que ser innovadores y es conveniente usar un enfoque que triangule los productos de distintos modelos para lograr una evaluación sólida a partir de diseños contrapuestos (OPS, 2007), tal y como se ha realizado en la evaluación del Servicio de Mediación Intercultural (SMI) del programa mihsalud.

La evaluación realizada se basa en estudios cuantitativos y cualitativos. La evaluación cualitativa al identificar distintos actores e intereses asegura que el proyecto evaluado y la evaluación no ignoran u olvidan todo lo que puede explicar el resultado específico obtenido por la acción (Laperriere, 2007).

La evaluación participativa o de 4<sup>o</sup> generación realizada utiliza un enfoque multimétodo, ya que las preguntas de evaluación que se consideran, fruto de la participación de los distintos agentes, dejan un amplio margen para la utilización de las técnicas más idóneas para la generación y recogida de los datos (cuantitativas y cualitativas) a utilizar para responderlas (Cabria A et al., 2008).

Las intervenciones de promoción de la salud son intervenciones complejas porque son multiniveles, multisectoriales y dirigidas a producir múltiples resultados. Esto que constituye una buena práctica para la promoción de la salud supone una complicación para la evaluación económica, pero los problemas que surgirán

no serán diferentes a los que aparecen cuando se realiza la evaluación de la efectividad del programa (OPS, 2007).

Para la evaluación económica del programa mihsalud, se han explorado diferentes aproximaciones, dentro del Proyecto EVALIPS y dadas las limitaciones de información disponible, el mejor criterio a aplicar es simple, estudiar si se produce algún ahorro de costes a través de la intervención. Así pues la opción más apropiada sería comparar el programa mihsalud con la opción de “no hacer nada” y la única medida plausible de efectividad es comparar los costes de las actividades del programa, con los costes ahorrados en IVE, ITS y embarazos no controlados, para lo que se ha realizado la evaluación del impacto económico: Análisis de Costes.

Aún con todas las dificultades y limitaciones señaladas, es necesaria y posible la evaluación de los programas de promoción de la salud. Las administraciones tendrían que considerar la necesidad de dotar de recursos no solo para realizar las actividades de promoción de la salud, sino también para evaluarlas. La ausencia de evaluación lleva a que los programas inefectivos continúen el drenaje de los escasos recursos disponibles. Estos podrían ser invertidos en iniciativas con un impacto real sobre la salud de la población (Victoria CG et al.,2008).

Las lecciones aprendidas de la evaluación del Servicio de Mediación Intercultural (SMI) en el programa mihsalud, han puesto de manifiesto la importancia de esta figura para la promoción de la salud en población inmigrante y la necesidad de mejorar la definición de objetivos e indicadores en el programa que posibiliten su evaluación.

## **CAPITULO VIII. CONCLUSIONES**

- 1- Dentro de la población latinoamericana, que es el origen más frecuente de la población inmigrante de la ciudad de Valencia, son las mujeres las que presentan mayor vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva y las principales usuarias de la atención individual de las mediadoras interculturales. Dentro de ellas se identifica a las mujeres bolivianas como las de mayor vulnerabilidad.
- 2- La atención individual de la mediación se ha demostrado efectiva en la detección de casos de violencia de género y de problemas sociales, en la instauración de una anticoncepción adecuada con la derivación al Centro de Salud Sexual y Reproductiva, y en la derivación a la matrona de atención primaria para el control del embarazo normal.
- 3- Las mujeres atendidas y los/as miembros de las asociaciones de población inmigrante valoran la consulta con la mediadora intercultural como útil y satisfactoria, tanto por la propia acción de la mediadora, como por la conexión que ha supuesto para acceder a otros recursos sociosanitarios.
- 4- Los y las profesionales de atención primaria no valoran la utilidad de la consulta de las mediadoras.

- 5- La ubicación de la consulta de mediación en el centro de atención primaria se considera la más adecuada por parte de las y los profesionales.
- 6- La intervención de las mediadoras ha supuesto un ahorro de costes en salud sexual y reproductiva, en concreto una media de 696.76 € por mujer en un periodo de 4 años.
- 7- Los resultados obtenidos indican la conveniencia de continuar con las atenciones individuales de las mediadoras dirigidas a las mujeres de mayor vulnerabilidad.
- 8- Las lecciones aprendidas tras la evaluación ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la definición de objetivos e indicadores del programa mihsalud.
- 9- La inclusión de evaluadores externos e internos y de la propia población en la evaluación, ha supuesto superar las barreras entre la administración y grupos académicos, y continuar con el desarrollo de una intervención participativa en salud.
- 10- La evaluación de Servicio de Mediación Intercultural mediante la triangulación de diferentes estudios, métodos y perspectivas refuerza los resultados obtenidos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Actis, W., De Prada, M. A., Pereda, C. (2011). Actitudes de la población ante la violencia de género en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Agresti, A., Brent, A. (1998). Approximate Is Better than "Exact" for Interval Estimation of Binomial Proportions. *The American Statistician*, Vol. 52, No. 2, pp. 119-126.

Agudo, M. J., (2009). Infancia e inmigración Un estudio etnográfico para la mejora de los cuidados de salud y comunicación intercultural desarrollado en la Comunidad autónoma de Cantabria. *Reduca*, 1(2), 694-707.

Aguirre Sánchez-Beato, S., Paredes Carbonell, J. J., Alcaraz Quevedo, M., Sánchez-Lopez, P. (2013). Análisis y planificación de género (gender mainstreaming) del programa mihsalud. I Conferencia de salud comunitaria. XIV Encuentro del programa de actividades comunitarias en Atención Primaria Promoviendo la salud y afrontando la cronicidad. Barcelona.

Aguledo-Suárez, A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., Vives-Cases, C. (2008). Percepción sobre las condiciones de trabajo y



salud de la población inmigrante colombiana en Alicante, España. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 160-67

Alcaraz Quevedo, M., Paredes-Carbonell, J. J., Sancho Mestre, C., López-Sánchez, P., García Moreno, J. L., Vivas Consuelo, D. (2014). Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 88(2), 301-310.

Alcaraz, M., Hurtado, F., López-Sánchez, P., García-Moreno, L. J., Pereiro, I., Monrabal, A. et al. (2010). Estudio de las perspectivas de los profesionales sanitarios y de los inmigrantes usuarios sobre los servicios de atención primaria y promoción de la salud en el departamento Hospital Dr. Peset de la Comunidad Valenciana. *Sexología Integral*, 7, 7-17.

Álvarez-Dardet, C., Ruiz Cantero, M. T. (2001). Patrimonio de salud ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 85, 131-35.

Alcaraz, M., Donat, F., Hurtado, F., Pellicer, R., Royo, A., Cantero, J. (2010). Demanda asistencial en salud sexual y reproductiva en

población inmigrante. XXVIII Congreso Sociedad Española de Epidemiología. Valencia.

Alcaraz Quevedo, M., Paredes Carbonell, J. J., López Sánchez, P., Ramírez Delgado, I., Hurtado Murillo, F., Dumitrache, L. (2013). Conversaciones informales en un programa de salud comunitaria: evaluación del proceso Index de Enfermería, 22(4), 199-203

Amezcu, M., Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española Salud Pública, 76, 423-36.

Ariño, M. D., Tomás, C., Eguiluz, M., Samitier, M. L., Oliveros, T., Yago, T. et al. (2011) ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? Gac Sanit., 25(2), 146-50.

*Asturias actúa*. Observatorio de Salud de Asturias (n.d.).

<http://www.obsaludasturias.com/obsa/asturias-actua/>

Aviñó, D., Paredes-Carbonell, J. J., Peiró-Pérez, R., Casado, D. L. P., & Álvarez-Dardet, C. (2014). Projecte RIU: cambios percibidos

por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. *Atención Primaria*, 46 (10), 531-540.

Bermúdez, E. M. Historias de unión y de amor en parejas mixtas que residen en la Comunidad Valenciana: relatos desde la masculinidad y la feminidad. *Cuadernos de Investigación* 2007; 3 [consultado 6 de mayo de 2013] Disponible en: [http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/cuaderno\\_3\\_historias\\_parejas\\_mixtas.pdf](http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/cuaderno_3_historias_parejas_mixtas.pdf)

Bickman, L. (1987). The importance of program theory. En L. Bickman (Ed.). *Using program theory in evaluation: New directions for program evaluation*, pp. 5-18.

Borrell, C., Artazcoz, L. (2008, octubre). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*, 22(5), 465-473.

Borrell, C., Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 245-249

Briggs, A., Sculpher, M., Buxton, M. (1994) Uncertainty in the economic evaluation of health care technologies: the role of sensitivity analysis. *Health Econ.*, 3(2), 95-104

Briggs, A., Sculpher, M., Claxton, K. (2006) *Decision Modelling for Health Economic Evaluation*. Oxford: OUP.

Cabria, A., Pla, M., Crespo, R., Mena, M. (2008). *Evaluación Plan de actuación: salud para las mujeres (2004-2007)*. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

Caja de herramientas comunitaria del Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitarios de la Universidad de Kansas (n.d.) <http://ctb.ku.edu/es>

Carr-Hill, R., Street, A. (2008). *An economic analysis/modelling of costeffectiveness of community engagement to improve health*. The University of York.

Casas, M., Collazos, F., Qureshi, A. (2009). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud, programa de formación*.

Barcelona: Fundación La Caixa; [consultado 1 de octubre de 2013] Disponible en:

[http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion\\_intercultural\\_es.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf)

Castillo, S., Mazarrasa, L., Sanz, B. (2001). Mujeres inmigrantes hablando de su salud. *Index Enferm*, 34, 9-14.

Càtedra de Recerca Qualitativa (2006). Fundació Doctor Robert. Anàlisi de les trajectòries de manteniment del benestar relacionades amb la salut de quatre col·lectius de dones immigrades a Catalunya; Barcelona.

Càtedra de Recerca Qualitativa (2006). Fundació Doctor Robert. Estudi sobre la mediació sociocultural dins el sistema de salut a Catalunya; Barcelona.

Centro de Salud Pública de Valencia. (2006). Análisis de la situación de salud en los Departamentos de Salud 4,5 6,7 y 10. (No publicado) Valencia.

Centro de Salud Pública de Valencia (2008) Programa de promoción de la salud en población iberoamericana del Departamento 10. (No publicado) Valencia.

Centro de Salud Pública de Valencia (2011). Programa mihsalud. Informe Diciembre 2010. (No publicado). Valencia.

Centro de Salud Pública de Valencia (2010). Programa mihsalud. Memoria 2009. (No publicado) Valencia.

Centro de Salud Pública de Valencia (2013). EVALIPS: Evaluación de una Intervención Participativa en Salud. Informe sobre el proyecto de Evaluación del Programa MIHSALUD. (No publicado) Valencia.

Chen, H., Rossi, P. (1983). Evaluating with sense: The theory-driven approach. *Evaluation Review*, 7(3), 283-302.

Cohen-Emerique, M. (2003) La mediación intercultural, los mediadores y su formación. En: Remotti F. *Corpi Individuali e Contesti Interculturali*. Turín: L'Harmattan Italia Connessioni, 58-87.

Conselleria de Sanitat (2010). III Plan de Salut de la Comunitat Valenciana (Internet). València: (consulta 23 de septiembre de 2013) Disponible en:

[http://www.san.gva.es/val/comun/plansalud/pdf/Pla\\_de\\_Salut\\_10\\_13.pdf](http://www.san.gva.es/val/comun/plansalud/pdf/Pla_de_Salut_10_13.pdf)

Cofiño, R., Álvarez, B., Fernández Rodríguez, S., et al. (2005) Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria, 35, 478–83.

Colomer, C., Álvarez-Dardet, C. (1999). Promoción de la Salud y Cambio Social. Barcelona: MASSON.

Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010). 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.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas.

Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2008). Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud.

Cousins, J. B., Earl, L. M. (1992). The case for participatory evaluation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 14, 397-418.

Cousins, J. B., Whitmore, E. (1998). Framing Participatory Evaluation. *New Directions For Evaluation*, 80, 5-23

Critchfield, G. C., Willard, K. E., Connelly, D. P. (1986) Probabilistic sensitivity analysis methods for general decision models. *Comput. Biomed. Res.*, 19(3), 254-65.

De la Poza, E., Guadalajara, N., Jódar, L., Merello, P. (2011) Modelling the Spanish anxiolytic consumption: economic, demographic and behavioral influences, *Mathematical and Computer Modelling*.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mcm.2011.10.020>.



De Mynck, A. (2004). Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? Quaderns CAPS, 32, 40-6.

Decreto 98/2009 de Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunidad Valenciana (DOCV núm. 6061 de 21.07.2009).

Decreto Legislativo 1/2005, de 25 de febrero, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Tasas de la Generalitat. (DOGV núm. 4971 de 22.03.2005)

Delgado, J. M.; Gutiérrez, J. (1999). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. (3ª Ed) Madrid: Síntesis S.A.

Díez, E., Peiró, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit, 18(1), 158-67.

Díez, E., Juárez, O., Villamarín, F. (2005). Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. Med Clin, 125(5), 193-7.

Donabedian, A. (1999). El pasado y el futuro a los ochenta años. *Rev Calidad Asistencial*, 14, 785-787.

Donaldson, C., Farrar, S., Mapp, T., Walker, A., Macphee, S. (1997). Assessing community values in health care: is the “willingness to pay” method feasible? *Health care analysis: HCA: journal of health philosophy and policy*, 5(1), 729.

Doubilet, P., Begg, C. B., Weinstein, M. C., Braun, P., McNeil, B. J. (1985). Probabilistic sensitivity analysis using Monte Carlo simulation. A practical approach. *Med. Decis. Making*, 5(2), 157-77.

Drummond, M. F., O’Brien, B., Stoddart, G. L., Torrance, G. W. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. (2<sup>a</sup> Ed). Oxford: Oxford University Press.

Drummond, M., Weatherly, H., Ferguson, B. (2008). Economic evaluation of health interventions. *Bmj*, 337.

Eckerlund, I., Johannesson, M., Johansson, P. O., Tambour, M., Zethraeus, N. (1995). Value for money? A contingent valuation

study of the optimal size of the Swedish health care budget. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 34(2), 135-43.

Eizaguirre, M., Urrutia, G., Azkunze, C. (2004). La Sistematización, Una nueva mirada a nuestras prácticas: Guía para la sistematización de experiencias de transformación social. Bilbao.

Escribá Agüir, V., Rollo Marqués, M., Más Pons, R., Sullana Montoso, A., Alonso, M. P. (2009). Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género. 3ª Ed. Valencia: Generalitat Conselleria de Sanitat.

Estellés Palanca, C. (2013). Opinión de la población latina sobre igualdad y violencia de género en el contexto de una intervención comunitaria. Trabajo fin de Grado de Enfermería. Facultat d'infermeria i podologia. Valencia: Universitat de Valencia.

Felip, N., Gayoso, S., Guerra, A., Martin, C., Ruiz-Escribano, E., Zúñiga, A. (2010). Inmigrantes y atención sanitaria en España. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Francke, M., Morgan, M. L. (1995) La Sistematización: Apuesta por la generación de conocimientos a partir de las experiencias de promoción. Materiales Didácticos Nº 1, Escuela para el Desarrollo, Lima.

Foro para la integración social de los inmigrantes (2011). Aumento de las situaciones de vulnerabilidad de la población inmigrante como consecuencia de la actual situación de crisis. En: Informe anual sobre la situación de la integración social de los inmigrantes y refugiados en 2011. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Fowler, N. (1998). Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience. Canadian medical Association Journal, 159(4), 388-391

Foz, G. (2008). La red AUPA. Comunidad., 10, 34. [Consultado 14/2/2014]. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/noticias5.pdf>

Fuente, C., Martín Laso, M. (2006). El inmigrante en la consulta de Atención Primaria; An. Sist. Sanit Navar, 29(1), 9-25.

Gámez, J. J., Márquez, A. (2004). Evaluación de los programas de promoción de la salud para inmigrantes. *Index de Enfermería*, 13 (44), 1132-1296.

García, I., Jódar, L., Merello, P., Santonja, F. J. (2011). A discrete mathematical model for addictive buying: Predicting the affected population evolution, *Mathematical and Computer Modelling*, 54(78), 1634-1637.

García Calvete, M. M., Marcos, J. (2011). Construir salud, construir género: ¿Por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género? *Feminismos* (revista en Internet), 18, 271-80 (acceso 22 de julio 2013) Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/25504>.

Gershenson, C. (2011). Epidemiología y las redes sociales. *Cir Cir*, 79, 217-18.

Giménez, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Migraciones*, 2, 125-59.

Green, B., McAllister, C. (1998). Theory-Based, Participatory Evaluation: A Powerful Tool for Evaluating Family Support Programs. *The Bulletin of the National Center for Zero to Three*, Feb/March 1998, 30-36.

Greene, J. (1987). Stakeholder participation in evaluation design: Is it worth the effort? *Evaluation and Program Planning*, 10, 379-394.

González-Molina, J. (2002). Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Rev. Méd. Urug.* [revista en la Internet] [citado 8 de febrero 2014], 18(3), 192-197. Disponible en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952002000300002&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952002000300002&lng=es).

Guba, E. G., Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

Hale, J. (2000). What contribution can health economics make to health promotion? *Health Promotion International*, 15(4), 341-348.

Health 21 (1999): the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series nº 6). Copenhagen. World Health Organization.

Health 2020 (2012) a European policy framework supporting actions across government and society for health and well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (consultado el 15 de febrero 2014) disponible en:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>

Hawe, P., Degeling, D., Hall, J. (1993). Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Barcelona: Masson.

Iniesta, C., Sancho, A., Castells, X., Varela, J. (2008). Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona. Med Clin, 130, 472-5.

Instituto Nacional de Salud Pública de México [sede web]. México: insp.mx; 2013 [actualizada el 9 de septiembre de 2013; acceso 14 de noviembre de 2013]. Disponible en:

<http://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables.html>

Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). Buenas prácticas en las Administraciones Públicas en materia de Mainstreaming de género. Madrid.

Instituto Social de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2008). Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011. Madrid.

Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Informes de Impacto de Género. España. Madrid

Jansa, J., García, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos; Agencia de Salud Pública de Barcelona, Gac Sanit, 18, 2007-13

Jekel, J.; Elmore, J. Katz, D. (1966) Epidemiology Biostatics and Preventive Medicine. WB Saunders Company, 11, 67.



Kar, S. B., Pascual, C. A., Chickering, K. L. (1999). Empowerment of women for health promotion: a metaanalysis. *Social Sciences and Medicine*, 49, 1431-1460.

La Declaración de Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, septiembre 2001. OMS, 2002.

Last, J. M. (1989) *Diccionario de Epidemiología*. Madrid: Salvat.

Laperriere, H., Zúñiga, R. (2007). Cuando la comunidad guía la acción: hacia una evaluación comunitaria alternativa. *Psicol. Soc.* [online], 19(3), 39-45 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n3/a07v19n3.pdf>

Ley 4/2005 de Salud Pública de la Comunidad. BOE núm. 167 (14 de julio 2005)

Ley orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres” «BOE» núm. 71, (23 de marzo de 2007).

Ley Orgánica 1/2004, de 28 diciembre de 2004, de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313 (29 de diciembre de 2004).

Llei de Barris. L. N.1 2/2004 (10 juny 2004). Disponible en: <http://www.gencat.cat/diari/4151/04154100.htm>.

López Bastida, J., Oliva, J., Antoñanzas, F., García-Altés, A., Gisbert, R., Mar, J., Puig-Junoy, J. (2010). Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 154-170.

López Rillo, N., Epelde, F. (2010). Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 22, 109-112.

López-Sánchez, P., Paredes-Carbonell, J. J., Alcaraz, M., Ramírez, L. M., El Bokhari, M. (2013). Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. *Index Enferm*, 22(3), 166-70.

Martín-García, M., Ponte, C., Sánchez-Bayle, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit.* 20(1), 192-202

Mazarrasa, L., Blázquez, M. I., Martínez, M., Castillo, S., Llácer, A. (2006). Promoción de la salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales. En: La prevención de la infección del VIH-Sida en la población inmigrante. Madrid: Secretaría del Plan Nacional de Sida Ministerio de Sanidad y Consumo. 73-83. Madrid.

Menoyo, C. (2006). 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.

Milligan, M. A, Bohara, A. K., Pagán, J. A. (2010). Assessing willingness to pay for cancer prevention. *International journal of health care finance and economics*, 10(4), 301-14.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias,

programas y actividades de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). Informe Violencia de Género 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; [consultado 7 de julio de 2013] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ivg2011Intro.htm>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). Macroencuesta Violencia contra las mujeres. Madrid, 2006. [Consultado el 15 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/oix/descargas/IIImacroencuesta.2006.IM.pdf>

Molina, J. L. (2005). Estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectiva. *Empiria Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 10, 71-105.

Montero, M. (2006). *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre la comunidad y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la ciudadanía y Transformación social. Área de encuentro entre la psicología política y la psicología comunitaria. *PSYKHE*, 19 (2), 451-63.

Morgan, A., Davies, M., Ziglio, E. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. New York: Springer.

Morgan, A., Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health; an assets model. *Promot Educ*, 14, 17-22.

Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: UCO.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2007). One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups. *NICE Public Health Guidance*, 3.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2008). *Community engagement to improve health*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008. 91,

bibliog. NICE Public Health Guidance, 9. [Consultado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11929/39563/39563.pdf>

Nebot, M., López, M. J., Ariza, C., Villalbí, J. R., Garcia-Altés, A. (2011). Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit*, 25(1), 3-8.

Oficina Estadística del Ayuntamiento de Valencia (2012). Recull estadístic de la ciutat de València 2012. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.

ORDEN 10/2012, de 24 de julio, de la Conselleria de Sanidad, por la que se procede a la actualización de la Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. DOGV nº 6866. 20 septiembre 2012.

Organización Mundial de la Salud Europa. (2003). Los hechos probados, [consultado el 3 de febrero 2014]. Disponible en:

<http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2008.). 124 reunión. 4.6. Comisión sobre determinantes sociales de la salud; [consultado el 6 de octubre de 2013] Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_9-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1998) Declaración Mundial de la Salud y Política de salud para todos para el siglo XXI (Internet). Ginebra: [consulta 23 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/n1/salud1.html>

Organización Mundial de la Salud (1998). Glosario de términos de promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, [consultado el 16/03/2014]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2002). Política de la OMS en materia de género. Integración de la perspectiva de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género. [Monografía en Internet]. Ginebra: OMS, [acceso 17 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2007). 60ª Asamblea Mundial de la Salud, Incorporación del análisis de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia. Marzo 2007. A 60/19.

Organización Mundial de la Salud (2013) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region WHO Regional Office for Europe, 2013 [consultado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en:

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/215197/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-executive-summary-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/215197/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-executive-summary-Eng.pdf)

Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS) (2007) Guía de evaluación económica en Promoción de la Salud. [Consultado el 10 de febrero de 2014]. Disponible en:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/EvalEcoProm.pdf>



Ottawa Charter for Health Promotion (1986). First International Conference on Health promotion. Ottawa 21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1. [Consultado el 15 de julio de 2013]. Accesible en: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Owen, L., Morgan, A., Fischer, A., Ellis, S., Hoy, A., Kelly, M. P. (2012). The cost-effectiveness of public health interventions. *Journal of Public Health*, 34(1), 37-45.

Página web del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Granada. [Consultado 14/2/2014]. Disponible en: <http://www.pacap.net/>.

Paredes-Carbonell, J. J., Alcaraz, M., López, P., Ramírez, L. M., El Bokhari, M. Mihsalud (2012): una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Comunidad*, 14, 29-32.

Pasarín, M. I., Díez, E. (2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit*, 27(6), 477-478.

Pasarin, M. I., Forvada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. *Gac Sanit*, 24(1), 23-7.

Pawson, R., Tilley, N. (1997). *Realist Evaluation*. London: Sage.

Pawson, R. (2002) Evidence-based policy: in search of a method. *Evaluation*, 8, 157-181.

Pawson, R. (2002) Evidence-based policy: the promise of 'realist synthesis.' *Evaluation*, 8, 340-358.

Pineault, R., Daveluy, C. (1990). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson.

Pinto-Prades, J. L., Ortún-Rubio, V., Puig-Junoy, J. (2001). El análisis coste-efectividad en sanidad. *Atención primaria*, 27(4), 275-278.

Proyecto Progreso (2010). *Un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del Modelo de Atención Primaria*. Badajoz: Equipo de Atención Primaria, Centro de Salud El Progreso, 2010. [Consultado el 15 de julio de 2013]. Accesible en:

[http://www.areasaludbadajoz.com/at\\_pri\\_mapa\\_centros.asp?id\\_zona=20](http://www.areasaludbadajoz.com/at_pri_mapa_centros.asp?id_zona=20)

Puig, J., Dalmau, E. (2000). Una revisión del método de la evaluación contingente en salud. Aspectos metodológicos, problemas prácticos y aplicaciones en España. Hacienda Pública Española N. 154, 3.

Quint-essenz. Health Promotion Swizerland. (n.d.) [Consultado 8 de marzo 2014] Disponible en: <http://www.quint-essenz.ch/en/>

Ramírez, E. (2007). Etnicidad, identidad y migraciones. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Rios, E., Ferrera, L., Casabona, J., Caylà, J., Avezilla, A., Gómez, J. et al. (2009) Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. Gac Sanit, 23, 533-38.

Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en Salud Pública e implicaciones para el

modelo de activos en salud. *Revista Española Salud Pública*, 85, 137-47.

Rodríguez-García, D., Román, T. (2007). Inmigración, salud y gestión de la diversidad: Presentación y avances preliminares de un proyecto de Barrios en Cataluña. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(3), 489-520.

Romero, C. (1993). *Teoría de la Decisión Multicriterio: Conceptos, Técnicas y Aplicaciones*. Madrid: Alianza Universidad-Textos.

Romero, C. (1991). *Handbook of Critical Issues in Goal Programming*. Oxford: Pergamon Press.

Rohlfs, I., Pérez, G., Valls-Llobet, C. (2005). Desigualtats de gènere en Salut. En: *Evolució de les desigualtats en la Salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrànea.

Rohlfs, I., Borrel, C., Fonseca, M. C. (2000). Género y desigualdades en salud pública: conocimiento y desconocimientos. *Gac Sanit*, 14(3), 60-71.

Ronda, E., López-Jacoba, M. J., Paredes, J., López Sánchez, P., Boix, P. (2014) Experiencia de transferencia de conocimiento en el proyecto de investigación ISTAL con representantes de la población diana. *Gac Sanit*, 8, 234-37.

Ros Collado, M., Olle Rodrigues, C. (2006). 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 de Sida Ministerio de Sanidad y Consumo, 79-81.

Ruiz-Azarola, A., Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*, 26(S), 158–161

Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit*, 18(2), 4-12.

Santonja, F. J., Villanueva, R., Jódar, L., González Parra, G. (2010) Mathematical modelling of social obesity epidemic in the region

of Valencia, Spain. *Mathematical and Computer Modelling of Dynamical Systems*, 16(1), 23-34.

Segura, A. (2010). La participación, la sanidad y la salud. *Gestión clínica y sanitaria*, 12(2), 55-62.

Sierra, I., Cabezas, C., Brugulat, P., et al. (2008) Estrategia: Salud en los barrios actuaciones focalizadas en territorios de especial necesidad social y de salud. *Med Clin*, 131(4), 60–4.

Soriano, I. (2008). La inclusión y transversalización del enfoque de género en la metodología de evaluación de programas y políticas públicas. “La evaluación de un Plan de Salud en un municipio de la Comunidad de Madrid”

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid (2010) Salud, violencia de género e inmigración en la Comunidad de Madrid, Madrid: Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. [Consultado el 8 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=file>

[name%3DEstudio+violencia+inmigracion\\_2011.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310559849636&ssbinary=true](#)

Susser, M. (1994). The logic in ecological. The logic of analysis. Am J Public Health, 84(5), 825-829.

Terraza, R., Vargas, I., Rodríguez, D., Lizana, T., Vázquez, M. L. (2010). Políticas sanitarias en el ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. Gac Sanit, 24(2), 115.e1–115.e7.

Uribe, C. (2005). Ascensos y descensos en la reproducción social. Universitas Humanística, 59, 36-51. [Consultado el 18 de noviembre de 2013]. Disponible en: [http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C\\_Sociales/universitas/documents/3lamovilidadesocial.pdf](http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/universitas/documents/3lamovilidadesocial.pdf)

Vaidya, A., Pradhan, B. (2008). Community participation in Health: A brief review and the experience of Kathmandu Medical College with the Duwakot community; Kathmandu University Medical Journal 6, (4), 526-532.

Van den Berg, B., Brouwer, W., van Exel, J., Koopmanschap, M. (2005). Economic valuation of informal care: the contingent valuation method applied to informal caregiving. *Health economics*, 14(2), 169-183.

Vázquez, V., Espejo, J., Faus, M. (2006). Determinación de las necesidades de atención farmacéutica de los inmigrantes de Campo de Gibraltar. *Pharmacy Practice*, 4(1), 24 -33.

Velasco, S. (2008). Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en Programas de Salud. Madrid: Observatorio de Salud de la mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Verrept, H. (2004). Mediación intercultural en la atención sanitaria belga. *Quaderns CAPS*, 32, 31-33.

Victoria, C. G., Santos, I. (2008) Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto *Gac Sanit*, 22(1), 1-7.

Vives-Cases, C., Gil-González, D., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., Ruiz-Pérez, I., Escribá-Agüir, V. et al. (2009). Violencia



de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. Gac Sanit, 23(1), 100-6.

Weiss, C. (1972). Evaluation research: Methods of assessing program effectiveness. Englewood Cliffs, NJ: Johns Hopkins Press.

World Health Organization (2009) Global Conference on Health Promotion, Naerobi, 2009, [consultado 6 de febrero de 2014], disponible en:  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/index.html#>:

World Health Organization (2001). Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. Edited by: Irving Rootman et al. WHO Regional Publications, European Series, 92.

Wordpress.com [Internet]. San Francisco CA: Wordpress; 2005 [actualizado 17 de julio de 2013; citado 17 de enero de 2014]. ¿Qué es la salud comunitaria? [aprox. 2 pantallas] Disponible en:  
<http://conferenciasaludcomunitaria.wordpress.com/1-que-es-la-salud-comunitaria/>

Zelditch, M. (1962). Some Methodological Problems of Field Studies. *American Journal of Sociology*, 67, 566-576.