

EQUI-SASTIPEN-RROMA

MANUAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
EN LA COMUNIDAD GITANA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Red Equi-Sastipen-Roma.

Redacción:

Javier Arza. *Universidad Pública de Navarra*

Coordinación:

José Antonio Jiménez. *UNGA.*

Marlen Menéndez. *UNGA.*

Equipo asesor:

Maite Abaurrea. *Gaz Kalo.*

Tamara Amador. *FAKALI.*

Pilar Campos. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*

Antonio Jiménez. *Gaz Kalo.*

Daniel La Parra. *Universidad de Alicante.*

Manuela Mayoral. *Barró.*

Marlen Menéndez. *UNGA.*

Begoña Merino. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*

Marifé Rodríguez. *FAGA Alicante.*

Organizaciones integrantes de la Red Equi-Sastipen-Roma:

Asociación Gitana UNGA (Asturias).

Coordinadora de la Red.

Federación de Asociaciones Gitanas de Cataluña
FAGIC

Federación de Asociaciones Gitanas de Aragón
FAGA

Federación autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana FAGA (Alicante).

Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra
Gaz Kalo.

Nevipen Ijito Elkarte (Vizcaya).

Federación Española del Pueblo Gitano (Madrid).

Asociación de Mujeres Gitanas Alboreá (Madrid).

Federación Andaluza de Mujeres Gitanas FAKALI.

Asociación de Mujeres Gitanas Universitarias
Amuradi (Andalucía).

Federación de Asociaciones Gitanas Extremeñas
FAGEX.

Asociación Gitanos de hoy (Cantabria).

Asociación de Mujeres Gitanas Sinando Kali (Jaén).

Asociación Promoción Gitana de La Rioja.

Asociación Barró (Madrid).

Asociación Romi Serseni (Madrid).

Federación Regional Gitana de Asociaciones de
Castilla-La Mancha.

Federación Nacional de Asociaciones de Mujeres
Gitanas Kamira.

Asociación FAC CALI (Madrid).

Este proyecto ha recibido financiación de las Convocatorias del IRPF 2010 a 2014, gestionadas por la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los coordinadores del proyecto son responsables de los contenidos de este documento.

Cita sugerida: Red Equisastipen (2015) Equi-Sastipen-Roma. Manual para la promoción de la salud en la comunidad Gitana. Edición: 2015

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-15-127-3

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

00.

PRÓLOGO

*Me lo encontré en el camino
y nos hicimos hermanos
y lo invité a que subiera
al lomo de mi caballo*

Manuel Molina

Es una gran satisfacción prologar este manual para la promoción de la salud en la comunidad gitana realizado por y para la comunidad gitana, en el marco de la Red Equi- Sastipen-Roma.

En el año 2005, cuando se creó el Consejo Estatal del Pueblo Gitano, muy pocas asociaciones gitanas tenían entre sus objetivos cuestiones relacionadas con la salud. La creación de este Consejo ha fortalecido el movimiento asociativo gitano y ha permitido la contribución de las asociaciones a importantes áreas de la gobernanza - incluida la salud- al posibilitar el conocimiento mutuo y el intercambio de experiencias entre asociaciones.

El Grupo de Trabajo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano partía de un primer diagnóstico del estado de salud de la población gitana, realizado mediante una Encuesta Nacional de Salud de la Población Gitana dentro del Convenio Marco de colaboración 2003-2008 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Secretariado General Gitano. Una de las primeras tareas del Grupo fue participar en el análisis de la situación de salud de la comunidad gitana (noviembre de 2007), sirviendo este análisis de base para la propuesta del "Plan de acción para el desarrollo de la población gitana 2010-2012" y la posterior "Estrategia Nacional para la inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020". En ambos documentos se planteaba la importancia de la participación de la Comunidad Gitana.

En este marco de trabajo, las asociaciones gitanas han ido incluyendo intervenciones de salud entre sus objetivos, y han iniciado una colaboración responsable y eficaz con las diferentes administraciones sanitarias para conseguir una mayor salud para la población gitana, contribuyendo así a la equidad en salud e iniciando un proceso de empoderamiento en salud. Entendemos por empoderamiento el proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

Equi-Sastipen, es una red formada por 19 asociaciones/federaciones gitanas, que inició en el año 2010 un trabajo conjunto que promueve y refuerza la acción en salud.

Nació con la vocación de compartir y crecer, de posibilitar la formación de mediadores y mediadoras interculturales en el ámbito de la salud, de facilitar conocimiento sobre la comunidad gitana a los profesionales sociosanitarios y en las formaciones de pregrado, y con el propósito de plasmar todo su aprendizaje y experiencia en la intervención en zonas y ciudades.

Pero también, la Red ha sido, durante este tiempo, un gran motor de abogacía para la intervención con la comunidad gitana, tanto la que se realiza desde organizaciones gitanas como desde las administraciones competentes. Posibilitando así que las asociaciones gitanas y el pueblo gitano en su conjunto puedan estar presentes de manera activa en las decisiones que afectan a su salud.

La Red del Programa Equi-Sastipen-Rroma fue creada con el impulso y la coordinación de la asociación UNGA, que también ha participado muy activamente coordinando el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano.

Este manual es uno de los productos que esta red ha destilado de su trabajo, su experiencia de intervención y sus debates abiertos. Un producto del aprendizaje mutuo, de la reflexión conjunta de lo que hoy necesita la comunidad gitana para conseguir el mejor nivel de salud posible y es así mismo una guía de ayuda a la intervención para las propias asociaciones gitanas.

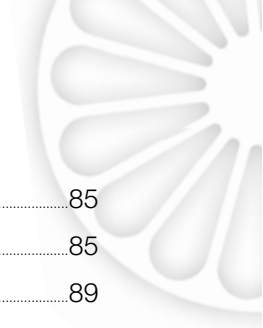
Para las personas que componemos el Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha sido un placer acompañarles en este proceso en el que hemos sido testigos privilegiados de su crecimiento y será un honor poder seguir haciéndolo en la ruta que ellos mismos han trazado.

Madrid a 22 de junio de 2015

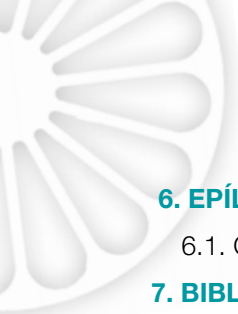
Begoña Merino.
*Jefa del Área de Promoción de la Salud
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	11
2.- COMPROMETIÉNDONOS CON LA SALUD.....	17
2.1.-Una primera reunión caótica.....	17
<i>FICHA 1. LA INTERVENCIÓN EN SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?</i>	19
2.2. Llegar al compromiso.....	22
3.- ORGANIZÁNDONOS PARA ABORDAR LA SALUD.....	23
3.1. Tres tareas organizativas iniciales.....	23
<i>FICHA 2. PROGRAMA EQUI-SASTIPEN-RROMA.....</i>	27
<i>FICHA 3. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE AGENTES DE SALUD.....</i>	31
3.2. ¿Todo preparado?.....	32
<i>FICHA 4. PROGRAMA DEL CURSO DE FORMACIÓN.....</i>	35
4. FORMÁNDONOS PARA ABORDAR LA SALUD.....	39
4.1. Asignatura 1. CONOCIENDO AL PUEBLO GITANO.....	39
4.1.1. Aproximación a la historia del Pueblo Gitano.....	40
4.1.2. La definición de la identidad cultural gitana.....	42
4.1.3. Perfil sociodemográfico.....	45
4.1.4. Diagnóstico sobre la situación actual de la comunidad gitana en España.....	47
<i>FICHA 5. CONOCIENDO AL PUEBLO GITANO.....</i>	51
4.2. Asignatura 2. LA SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA.....	53
4.2.1. Algunos conceptos previos.....	53
4.2.2. Diagnóstico sobre la salud de la comunidad gitana en España.....	56
4.2.3. Factores explicativos de la desigualdad en salud de la comunidad gitana.....	58
4.2.4. Análisis de los factores culturales: el encuentro entre la identidad cultural gitana y la cultura biomédica.....	59
4.2.4.1. Identidad cultural gitana y salud.....	59
4.2.4.2. La cultura biomédica en el sistema sanitario.....	62
4.2.4.3. Desencuentros entre la cultura gitana y la cultura biomédica.....	63
<i>FICHA 6. LA SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA.....</i>	67
4.3. Asignatura 3. El marco de las políticas de intervención en salud con la comunidad gitana.....	69
4.3.1. El Sistema de Salud en el Estado Español.....	69
4.3.1.1. Competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria:.....	69
4.3.1.2. Población cubierta por el Sistema Nacional de Salud.....	70
4.3.1.3. Organización y prestaciones del Sistema Nacional de Salud.....	71
4.3.2. La salud en los planes de intervención con la comunidad gitana. La Estrategia para la Inclusión de la Población Gitana (2012-2020).....	73
<i>FICHA 7. EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA.....</i>	77
4.4. Asignatura 4. Estrategias para facilitar el encuentro entre la comunidad gitana y el sistema de salud.....	78
4.4.1. El apoyo entre iguales.....	78
4.4.1.1. Los grupos de interés o presión (el asociacionismo).....	78
4.4.1.2. La educación entre iguales.....	79
4.4.1.3. Peer Worker.....	81
4.4.2. La mediación.....	82



4.4.3. La competencia intercultural.....	85
4.4.3.1. Competencia intercultural institucional.....	85
4.4.3.2. Competencia intercultural profesional.....	89
<i>FICHA 8. ESTRATEGIAS PARA FACILITAR EL ENCUENTRO ENTRE LA COMUNIDAD GITANA Y EL SISTEMA DE SALUD.....</i>	<i>93</i>
4.5. Asignatura 5. PROMOCIÓN DE LA SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA.....	95
4.5.1. Educación para la salud con la comunidad gitana.....	95
4.5.1.1. Ejes imprescindibles en la educación para la salud.....	96
4.5.1.2. El estilo educativo del agente de salud.....	99
4.5.1.3. Educación para la salud en grupo a partir de técnicas de participación activa.....	101
4.5.1.4. Educación para la salud a través de la orientación individual.....	105
4.5.2. Acompañamiento sociosanitario.....	108
4.5.3. Intersectorialidad.....	111
4.5.3.1. Algunas desviaciones en la concepción y aplicación de la intersectorialidad.....	112
4.5.3.2. Trabajo comunitario en red.....	113
4.5.4. Participación.....	115
4.5.4.1. Concepto de participación.....	115
4.5.4.2. La participación de las asociaciones gitanas en las políticas.....	116
4.5.4.3. La participación interna en las asociaciones gitanas.....	118
4.5.4.4. La participación de la población gitana en las políticas.....	120
<i>FICHA 9. PROMOCIÓN DE LA SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA.....</i>	<i>123</i>
5. PLANIFICANDO NUESTRA ACTUACIÓN.....	127
5.1. La creación de la comisión de salud.....	128
<i>FICHA 10. MAPA DE REDES.....</i>	<i>129</i>
5.2. La fundamentación teórica y estratégica.....	131
5.3. La fundamentación diagnóstica.....	131
<i>FICHA 11. GUIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD.....</i>	<i>135</i>
5.4. Los objetivos.....	137
5.5. La metodología.....	138
5.6. La definición de las actuaciones.....	138
<i>FICHA 12. PLANIFICACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA.....</i>	<i>141</i>
<i>FICHA 13. TEMPORALIZACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA.....</i>	<i>143</i>
<i>FICHA 14. PLANIFICACIÓN TALLER GRUPAL EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....</i>	<i>145</i>
<i>FICHA 15. PLANIFICACIÓN SESIÓN GRUPAL EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....</i>	<i>147</i>
<i>FICHA 16. PLANIFICACIÓN PROCESO INDIVIDUALIZADO EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....</i>	<i>149</i>
<i>FICHA 17. PLANIFICACIÓN SESIÓN INDIVIDUAL EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....</i>	<i>151</i>
<i>FICHA 18. ACOMPAÑAMIENTO SOCIO SANITARIO. ÁREAS DE ANÁLISIS PARA EL DIAGNÓSTICO.....</i>	<i>153</i>
<i>FICHA 19. ACOMPAÑAMIENTO SOCIO SANITARIO. DAFO TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO COMPARTIDO.....</i>	<i>155</i>
5.7. La evaluación.....	156
<i>FICHA 20. EVALUACIÓN DISEÑO. GUIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE LA IDONEIDAD DEL PROGRAMA.....</i>	<i>161</i>
<i>FICHA 21. EVALUACIÓN PROCESO Y RESULTADOS. CUESTIONARIO EVALUACIÓN TALLERES (A CUMPLIMENTAR POR AGENTE SALUD).....</i>	<i>165</i>
<i>FICHA 22. EVALUACIÓN PROCESO. CUESTIONARIO EVALUACIÓN SATISFACCIÓN PARTICIPANTES TALLERES.....</i>	<i>167</i>
<i>FICHA 23. EVALUACIÓN RESULTADOS. GUIÓN PARA ENTREVISTAS O GRUPOS CON PARTICIPANTES.....</i>	<i>169</i>



6. EPÍLOGO.....	173
6.1. Que siga rodando la rueda.....	173
7. BIBLIOGRAFÍA.....	177
Anexo 1. Técnicas interactivas para la intervención individual.....	183
Anexo 2. Técnicas interactivas para el trabajo grupal.....	189
Anexo 3. Buenas prácticas.....	197
Anexo 4. Materiales didácticos para trabajar la salud con la comunidad gitana.....	219





01.

INTRODUCCIÓN

Este Manual ha sido elaborado en el marco del programa Equi-Sastipen-Rroma, que surgió en el contexto del Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano. El programa es impulsado por una red de asociaciones gitanas lideradas por la asociación UNGA desde el año 2010, y ha podido ser realizado gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (subvenciones con cargo al IRPF).

Nuestra “obsesión” al elaborar este Manual ha sido construir una herramienta práctica. Por ello, ya desde el estilo de redacción hemos optado por aportar un carácter interactivo. ¿Y qué mayor interactividad que la de tratar de reproducir el proceso de implantación de un programa de salud desde una asociación gitana?. Y así ha sido, con nombres inventados, pero con situaciones muy próximas a la realidad, en el Manual aparece un escenario (la asociación gitana) y varios personajes:

- ☞ *Sandra*, la impulsora del programa de salud en la asociación gitana.
- ☞ *Tamara*, agente de salud en el programa de la asociación.
- ☞ *Ramón y Graciela*, de la coordinación técnica de *Equi-Sastipen-Rroma*.
- ☞ *Samuel*, de la Consejería autonómica de sanidad.

A través de la combinación entre ese escenario y los personajes mencionados, a lo largo del Manual se van sucediendo las fases que proponemos en el proceso de implantación de un programa de salud con la comunidad gitana:

- ✓ El **Compromiso** de la asociación con el programa de salud.
- ✓ La **Organización** del equipo para el diseño y desarrollo del programa.
- ✓ La **Formación** del equipo para la intervención en salud con la comunidad gitana.
- ✓ La **Planificación** del programa.
- ✓ El **Desarrollo** del programa.
- ✓ La **Evaluación** del programa.

En la descripción de cada una de esas fases, los personajes se plantean preguntas, se aportan respuestas, intercambian documentación, toman decisiones,... De esta forma, los lectores y las lectoras de este Manual podrán acercarse lo máximo posible al modelo de intervención en salud que proponemos.

¿Y quienes son esos lectores y esas lectoras potenciales?. Aunque su público prioritario sean las personas que trabajan (voluntaria o remuneradamente) en las asociaciones gitanas, pensamos que este Manual puede tener otros colectivos destinatarios:

- ✓ Puede ir dirigido a un o una profesional que se dedique a labores planificadoras en el ámbito de la intervención en salud.
- ✓ Puede ir dirigido a un equipo sociosanitario que desee diseñar y desarrollar un programa de salud con la comunidad gitana.
- ✓ Puede ir dirigido a un o una profesional que, aún trabajando en otros ámbitos, desee conocer la teoría, metodología y práctica de la intervención en salud con la comunidad gitana.
- ✓ Por su estilo didáctico, incluso puede ir dirigido también a profesionales que estén iniciándose en este tipo de labores.

Finalmente queremos subrayar que, aunque este Manual ha sido diseñado para la intervención en salud con la comunidad gitana, muchas

de sus propuestas metodológicas y didácticas podrían ser perfectamente aplicables al abordaje de otro tipo de temáticas que afectan a la población gitana (en educación, en empleo, etc.) e incluso, por qué no, podrían ser utilizadas en la intervención en salud con otros grupos sociales en situación de exclusión.









02.

COMPROMETIÉNDONOS CON LA SALUD

2.1. UNA PRIMERA REUNIÓN CAÓTICA.

La reunión del equipo técnico y la junta directiva de la asociación gitana sobrepasaba ya las dos horas de duración. El cansancio comenzaba a aparecer al mismo ritmo que se incrementaban la desorientación y la falta de acuerdos:

- Pues yo creo que deberíamos organizar charlas para que vinieran los médicos a hablar de enfermedades -, propuso Tamara.
- ¿Y qué gitano va a venir a que los médicos le metan el miedo en el cuerpo? Quitá, quita – respondió Antonio.
- Aquí de lo que debemos hablar es de lo racistas que son los médicos del centro de salud. – Me han dicho que hay uno que pregunta a los enfermos si son gitanos y luego lo apunta en el ordenador – planteó la Tía Reme.
- Yo lo que creo es que una asociación como la nuestra no tiene nada que hacer en el tema de salud. Ese es un tema de especialistas. Bastante tenemos con las cuestiones de vivienda y educación – dijo Myriam.
- Pues yo pienso que es más urgente que hablemos sobre cómo organizar la próxima entrega del Banco de Alimentos – opinó Javier.
-

Sandra, que había provocado ese debate al proponer la puesta en marcha desde la asociación de un programa de salud en la zona norte de la ciudad, se consideraba en ese punto incapaz de responder a todas las opiniones, de ordenar el debate. Por eso propuso detener la discusión y posponerla para otra reunión monográfica. Ella se comprometió, con el permiso del Tío Antonio, presidente de la asociación, a preparar esa reunión y lograr así que fuese más operativa.

Estoy de acuerdo - dijo el Tío Antonio – La convocaremos de aquí a quince días.

Cuando Sandra se quedó sola, comenzó a pensar en los grupos de seguimiento y apoyo escolar que lleva, en el curso al que se había apuntado en la Universidad, en su familia,... y, además, en este nuevo “lío” en el que se había metido. Pero así era ella, los problemas que no tenía, se los buscaba.

Mientras estaba en estos pensamientos, a la mente le vino la imagen de Ramón, un líder asociativo gitano al que conoció en una reunión en el Ministerio de Sanidad. Recordó que desde su asociación llevaban muchos años trabajando la salud. A Sandra le gustó mucho la pasión con la que Ramón presentaba las potencialidades que las asociaciones gitanas tienen para promover la salud. Además, estaba segura de que había guar-

dado su dirección de correo electrónico, por lo que se propuso mandarle un e-mail.

De: sandrigitana@world.es

Para: ramoncalo@unige.es

Hola Ramón.

Espero que me recuerde. Soy Sandra y estuve representando a mi asociación en la reunión sobre salud y comunidad gitana que se celebró en el Ministerio de Sanidad.

En la reunión nos transmitió la experiencia de su asociación en la promoción de la salud e insistió en la necesidad de implicar al asociacionismo gitano en este tema. Precisamente en mi asociación estamos tratando de iniciar un plan de este tipo en la zona norte de la ciudad, que es donde reside un mayor número de familias gitanas. Bueno, la realidad es que lo estoy intentando iniciar yo, porque en el equipo y la junta directiva existen bastantes dudas y cierta desorientación al respecto.

Precisamente dentro de quince días tenemos una reunión para reflexionar sobre este asunto. ¿Qué me podría aconsejar?, ¿por dónde cree que debería empezar?.

Un saludo cordial.

Sandra.

De: ramoncalo@unige.es

Para: sandrigitana@world.es

Hola Sandra.

En primer lugar, por favor, trátame de tú, que no soy tan mayor. En segundo lugar, por supuesto que te recuerdo. No me sorprende verte como promotora de este programa de salud, ya que te recuerdo en la reunión como una joven gitana con mucha iniciativa y muy comprometida con el desarrollo de nuestro Pueblo.

Sin embargo, y esta es mi primera orientación, no deberías comenzar el programa sin haber conseguido previamente la adhesión de un mayor número de personas de la asociación. El tiempo que dediques inicialmente a informar y sensibilizar a tus compañeros y compañeras, permitirá que el programa avance posteriormente más rápido y seguro. Asimismo, es importante contar con la aceptación y el compromiso de los distintos órganos de dirección y participación con los que cuente la asociación.

En esa línea, te adjunto un documento¹ que ha elaborado el equipo técnico de mi asociación. En él se plantean algunos argumentos que podrías utilizar en la reunión que vais a tener dentro de quince días.

Como has comentado, estoy muy interesado en potenciar la implicación del asociacionismo gitano en la promoción de la salud, por lo que me encantaría conocer "los pasos" que vais dando y apoyar vuestro proceso en todo lo que pueda. No dudes en llamarme por teléfono para concertar una reunión. Nuestras ciudades no están tan lejanas, por lo que me podría acercar a vuestra asociación junto con la coordinadora técnica de nuestro programa. Así podré hablar también con el Tío Antonio, que hace mucho tiempo que no le veo. Le saludas de mi parte.

Un saludo cordial.

Ramón.

1.- Ficha 1.

FICHA 1

LA INTERVENCIÓN EN SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

Salud antes que dinero

Para el Pueblo Gitano, la salud siempre ha sido muy importante. De hecho, está presente en una de nuestras formas de expresar los mejores deseos para el otro: “Salud y Libertad”; y en alguno de nuestros cantes más queridos: *“Salud antes que dinero, yo le estoy pidiendo a Dios, salud antes que dinero, aunque me tenga que ver lo mismo que un pordiosero, pidiendo pan pa comer”*, como decía nuestro Camarón en uno de sus fandangos.

Sin embargo, hablar de salud es bastante complejo. No es sólo hablar de enfermedades, de médicos o de medicinas, sino que también es necesario hablar de condiciones de vida, de costumbres, de estilos de vida, de creencias,...

Condiciones y estilos de vida

Para hablar de la salud del Pueblo Gitano, es necesario tener en cuenta las condiciones en las que hemos tenido que vivir (y en muchos casos aún vivimos). Las personas expertas (y el sentido común) dicen que a peor situación de empleo, de vivienda y de educación, peor salud. Y eso es lo que nos ha pasado a los gitanos y a las gitanas, que la situación de exclusión padecida ha influido e influye muy negativamente en nuestro estado de salud.

Por otro lado, hablar de salud también supone referirse a lo que hacemos o dejamos de hacer para conservarla o para recuperarla. En la tradición gitana existen determinadas costumbres, como algunos hábitos relacionados con la higiene, que nos han protegido de las enfermedades. Sin embargo, hoy en día, vemos que en nuestras familias existen también algunas costumbres muy extendidas y que son negativas para la salud: el tabaco en los hombres, el exceso de grasas y dulces en la alimentación, la falta de ejercicio físico, etc. Estos hábitos están presentes en toda la población, pero las investigaciones existentes indican que su extensión en la comunidad gitana es muy preocupante.

Pueblo Gitano y Sistema Sanitario

También debemos recordar que la relación de los gitanos y las gitanas con el Sistema Sanitario no empezó a extenderse y normalizarse hasta el final de la década de los 80, cuando se produjo la universalización de la atención sanitaria. Hasta entonces, un importante sector de nuestro Pueblo no tenía cobertura de la Seguridad Social y su relación con la sanidad se limitaba a la atención hospitalaria de urgencia y a la beneficencia municipal. Influido por ello, en la actualidad encontramos todavía dificultades en algunas familias para orientarse en el Sistema Sanitario, y también falta de adaptación en el Sistema Sanitario a determinadas características y necesidades del Pue-

blo Gitano. Aunque la situación ha mejorado mucho, aún debemos seguir dando pasos que permitan lograr avances en, por ejemplo, la detección temprana de enfermedades, o en el correcto seguimiento de los tratamientos.

Crisis económica y salud.

Todo lo dicho hasta el momento justifica que la salud deba ser uno de los ejes prioritarios de actuación en el desarrollo del Pueblo Gitano. Sin embargo, las consecuencias de la crisis económica hacen que sea aún más urgente la intervención, ya que se están poniendo en riesgo muchas de las mejoras logradas. Podemos poner algunos ejemplos:

- La escasez de ingresos económicos dificulta el mantenimiento de hábitos alimenticios saludables.
- La escasez de ingresos económicos dificulta el acceso a tratamientos farmacológicos no cubiertos en su totalidad por la Seguridad Social, o que han subido su precio.
- El incremento en las problemáticas relacionadas con la vivienda influye en que se dificulten algunos hábitos preventivos o de higiene.
- Las situaciones de ansiedad provocadas por las amenazas de desahucio, las deudas, las prestaciones que se demoran, etc, influyen en la aparición de problemas psicológicos o psicósomáticos.

Sin participación no hay cambio.

Las personas expertas (y de nuevo el sentido común) dicen que para lograr el desarrollo de una comunidad es imprescindible su participación en la planificación, desarrollo y evaluación de los programas. Nunca se puede lograr un verdadero cambio sin la participación de las personas y comunidades interesadas.

El asociacionismo es una herramienta muy importante de participación, por lo que es imprescindible que las asociaciones gitanas estemos implicadas en los programas dirigidos a mejorar la salud de nuestro Pueblo. Así lo reconoce el Gobierno de España, que en la “Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana (2012-2020)” incluye como una de sus líneas de actuación fundamentales en salud la “promoción de la colaboración y participación de la población gitana y su tejido asociativo en los procesos de intervención”.

¿Qué podemos hacer las asociaciones?

Como ya hemos dicho, las condiciones de vida están muy relacionadas con la salud (son determinantes sociales de la salud, según el concepto utilizado por los y las profesionales sociosanitarios). Y a eso es a lo que principalmente nos dedicamos las asociaciones gitanas, a tratar de mejorar la vivienda, la educación, el empleo, o la imagen social, del Pueblo Gitano. Por eso, ya nuestra actividad habitual está contribuyendo a mejorar la salud.

Además, algunas asociaciones gitanas llevan ya años desarrollando programas específicos de salud. Una de las claves de estos programas consiste en que cuentan en los equipos con personas gitanas que trabajan como agentes o promotores de salud.

Algunas de las actuaciones que se desarrollan desde estos programas son las siguientes:

- Talleres grupales sobre alimentación, actividad física, prevención y tratamiento del tabaquismo, salud de la mujer, etc.
- Acompañamiento a recursos sanitarios.
- Orientación individual y familiar sobre hábitos preventivos o seguimiento de tratamientos.
- Asesoramiento a profesionales sociosanitarios.

Compromiso, formación y coordinación.

La experiencia de las asociaciones que llevan años trabajando en salud, nos indica que hay algunos aspectos que se deben cuidar especialmente para lograr un buen funcionamiento de los programas:

- Que la junta directiva, y en general todos los miembros de la asociación, entiendan la necesidad de trabajar en salud y se comprometan con ello.
- Garantizar una buena formación inicial y continuada en salud de los y las profesionales que trabajan en la asociación.
- Una buena coordinación con los recursos sociosanitarios del entorno.

2.2- LLEGA EL COMPROMISO.

Tras leer el correo, a Sandra le quedó claro que una de las palabras clave en esta primera fase era COMPROMISO. Como decía Ramón, debía lograr comprometer con el programa a los distintos órganos de dirección y participación con los que cuenta la asociación. Pero debía ser un compromiso reflexionado y razonado, para lo que el do-

cumento adjunto al correo² le sería de gran utilidad.

Lo primero era organizar la reunión conjunta de la junta directiva y el equipo técnico, que sería en unos días, por lo que se puso a diseñar el esquema de la misma.

Reunión de la Junta Directiva (con la participación del equipo técnico)

Objetivo:

Tomar una decisión sobre la posible puesta en marcha de un programa de salud a través de la asociación.

Esquema de la reunión:

1. "Ronda" en la que cada participante explica una razón por la que cree que es importante abordar la salud con la comunidad gitana. La coordinadora de la reunión va anotando las propuestas en un papelógrafo o en una pizarra.
2. La coordinadora de la reunión entrega y presenta la Ficha 1, relacionando sus contenidos con las propuestas realizadas por el grupo.
3. Lluvia de ideas³ sobre ventajas e inconvenientes de la puesta en marcha de un plan de salud desde la asociación. La coordinadora de la reunión va anotándolas, de manera diferenciada, en un papelógrafo o en una pizarra. Una vez anotadas todas, se produce un debate final: ¿las ventajas superan a los inconvenientes?, ¿alguno de los inconvenientes es insuperable?,...
4. La Junta Directiva toma una decisión final.

Definición y reparto de tareas que se derivan de la reunión.

5. Como resultado final, y si la decisión fuese positiva, la Junta Directiva debería informar a toda la asociación sobre el compromiso de apostar por un programa de salud desde la asociación gitana.

² Ficha 1.

³ En el Anexo 2 se puede encontrar una descripción de esta técnica de trabajo grupal.

03.

ORGANIZÁNDONOS PARA
ABORDAR LA SALUD**3.1. TRES TAREAS ORGANIZATIVAS
INICIALES.**

Ya habían pasado veinte días desde esa primera reunión caótica en la que Sandra propuso poner en marcha un programa de salud desde la asociación. Ahora, mientras esperaba a Ramón, rememoró con orgullo el desarrollo de la posterior reunión conjunta de la junta directiva y el equipo técnico de su asociación, que había sido desarrollada de una manera ordenada y constructiva. Ahora sí que se sentía acompañada en la apuesta por abordar la salud desde su entidad. Sin embargo, y al mismo tiempo, una ligera sensación de angustia acudió a su estómago. En su cabeza resonaban las numerosas preguntas que le hicieron sus compañeros y compañeras (y que ella misma también se hacía) y que podían resumirse en:

¿Y ahora qué?, ¿por dónde seguimos?

Sandra confiaba en que esta reunión con Ramón sirviera para alumbrar las siguientes etapas en el desarrollo del programa de salud, y así se lo había hecho saber a sus compañeros y compañeras, que esperaban anhelantes sus resultados.

La llegada de Ramón y de Graciela devolvió a Sandra del mundo de sus pensamientos. La reunión podía comenzar.

En primer lugar, Ramón presentó a Graciela, que es la coordinadora del programa de salud de su asociación. Posteriormente, Sandra explicó cómo había transcurrido la reunión y lo contenta que estaba al observar la ilusión y motivación que se había respirado en el ambiente.

- No lo dudes Sandra –dijo Ramón-. Acabo de estar con el Tío Antonio y le he visto muy convencido y muy confiado en tu capacidad para liderar el programa de salud.
- ¡Qué bien! –respondió Sandra- sin el respaldo del Tío esto no podría salir adelante.

Sandra también transmitió sus inquietudes respecto a los pasos que debían dar a continuación. Habían trabajado una primera fase que ella misma había titulado como COMPROMISO. ¿Qué debían hacer ahora?

Pues si has denominado a la primera fase COMPROMISO, dijo Ramón, la segunda fase se puede llamar ORGANIZACIÓN. Tres son las tareas que componen esta importante fase de desarrollo del programa:

- Elegir un modelo de programa de salud.
- Presentar y comprometer en el programa a los recursos del entorno.
- Crear un equipo de trabajo en la asociación.

En relación con la primera tarea, Ramón propuso a Sandra que su asociación adoptase el programa Equi-Sastipen-Roma. Tanto Ramón como Graciela participan en la coordinación del Programa, por lo que pudieron explicarle con detalle sus características. Además, le facilitaron un breve documento en el que se detallan los orígenes, misión, principios y proceso metodológico del programa⁴.

En cuanto a la segunda tarea, Ramón y Graciela insistieron especialmente en su relevancia.

- Si la asociación gitana trabaja sola, por muy bien que lo haga, el programa va a tener poco impacto y escaso recorrido –señaló Ramón–.
- ¿Y con quién debemos trabajar? –preguntó Sandra–.
- Pues en primer lugar con el Sistema Sanitario –se apresuró a contestar Graciela–. La idea es que un programa específico como el nuestro llegue a desaparecer, que llegue a no ser necesario porque el Sistema Sanitario sepa y pueda atender las necesidades de la población gitana por sí mismo. Por eso debemos lograr que los recursos y profesionales sanitarios de la zona participen desde el minuto uno en el programa.
- Pero no es suficiente con implicar al ámbito sanitario –afirmó Ramón–. Si recuerdas, en el primer documento que te pasé se decía que la salud tenía mucha relación con las condiciones de vida, con los estilos de vida, con las creencias, ..., en definitiva, con los determinantes sociales de la salud. Por eso, es importante desarrollar procesos de trabajo en los que participen recursos y profesionales no sanitarios: de educación, de servicios sociales, de empleo, de vivienda, etc.
- Entonces ¿qué es lo que tenemos que hacer? –preguntó Sandra– ¿una ronda de reuniones

para presentar nuestra intención de poner en marcha el programa de salud?

- Exacto –respondió Graciela–. Como dices, en este momento se trata de presentar la necesidad detectada y vuestro compromiso de afrontarla a través de un programa. En las reuniones podréis recoger ideas, detectar posibles colaboradores, etc.
- Y ver posibles fuentes de financiación ¿no? –apuntó Sandra– que eso también es importante ¡eh! jajaja.

Graciela y Ramón recordaron a Sandra que en esas reuniones podrían utilizar como apoyo el documento sobre “la intervención en salud con la comunidad gitana”⁵ y, si finalmente asumían el programa Equi-Sastipen-Roma, el documento de presentación que le acababan de facilitar⁶.

Respecto a la tercera tarea propuesta en esta fase de ORGANIZACIÓN, Graciela y Ramón plantearon a Sandra que en la asociación debían definir qué tipo de equipo de trabajo constituir para el desarrollo del programa. De acuerdo con el modelo de Equi-Sastipen-Roma, el equipo debe estar compuesto, como mínimo, por un o una profesional de disciplinas sociosanitarias (trabajo social, o educación social, o enfermería, o ...) y un profesional gitano o gitana que actúe como agente de salud. En cuanto a la figura de agente de salud, es muy relevante para el programa, porque desarrollará una importante labor de educación entre iguales⁷ y, junto con el otro miembro del equipo, de mediación intercultural en salud⁸. La educación entre iguales es una metodología reconocida en la literatura científica y que cuenta con evaluaciones positivas respecto a sus resultados. No obstante, es necesario aplicarla teniendo en cuenta una serie de criterios de calidad. A uno de ellos quiso referirse Ramón en estos momentos.

5.- Ficha 1.

6.- Ficha 2.

7.- Veremos este concepto en el apartado 4.4.1.1.

8.- Veremos este concepto en el apartado 4.4.2.

4.- Ficha 2.



Mira, Sandra, uno de los momentos en los que nos jugamos el programa es el de la selección de los miembros del equipo. Y uno de los casos más sensibles es el de la figura de agente de salud. Tenemos que manejar con mucha seriedad y cuidado el proceso de captación y selección.

Desde Equi-Sastipen-Rroma –dijo Graciela– hemos elaborado un listado de criterios para la selección de agentes de salud. Te lo paso para ver si os puede resultar de utilidad.⁹

Para finalizar la reunión, Sandra, Graciela y Ramón, acordaron cuáles serían los siguientes pasos:

1. Sandra presenta el Programa Equi-Sastipen-Rroma a la junta directiva y el equipo técnico de su asociación. Deben decidir si lo asumen como modelo de trabajo.
2. Posteriormente organiza una ronda de presentación con diferentes recursos comunitarios.
3. La asociación debate qué tipo de equipo de trabajo constituir para el desarrollo del programa.

Las tareas eran muchas, por lo que quedaron en volverse a reunir transcurrido un mes. No obstante, tanto Ramón como Graciela quedaron a disposición de Sandra para cualquier duda o necesidad de apoyo.

9.- Ficha 3.

FICHA 2

PROGRAMA EQUI-SASTIPEN-RROMA

ORÍGENES.

Este programa surgió en el contexto del Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano. Ha sido impulsado a través de la Red Equi-Sastipen-Rroma, liderada por la asociación UNGA desde el año 2010.

MISIÓN.

Equi-Sastipen-Rroma pretende desarrollar programas comunitarios que contribuyan a disminuir las desigualdades en salud de la población gitana en las zonas donde se implanten y, al mismo tiempo, permitan construir un modelo de actuación en el campo de la promoción de la salud con la comunidad gitana.

PRINCIPIOS METODOLÓGICOS.

✓ Adaptación.

No se trata de aplicar programas estándar, sino de crear un programa específicamente adaptado a cada zona. Cuanto más adaptado esté el programa, mejor podrá responder a las necesidades.

✓ Coordinación.

Aunque cada asociación adapte el programa a su zona, se cuenta con un modelo básico de trabajo compartido y se desarrolla un importante esfuerzo de coordinación entre las asociaciones gitanas que aplican Equi-Sastipen-Rroma.

✓ Participación.

Si se quiere lograr la adaptación, una de las principales estrategias debe ser la implicación de la comunidad gitana y su tejido asociativo.

✓ Mediación y educación entre iguales.

Estas metodologías facilitan precisamente la adaptación y la participación. Además, especialmente la mediación, actúa como puente entre la comunidad gitana y el sistema sanitario para promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas partes.

✓ Trabajo comunitario.

Aunque el programa sea gestionado desde el asociacionismo gitano, apostamos por la activa implicación del sistema sanitario y de otros recursos comunitarios propios de la zona donde se desarrolle el programa.

✓ Formación.

Los equipos que desarrollen Equi-Sastipen-Rroma deben contar con una adecuada formación inicial y continuada. Asimismo, una de las líneas fundamentales de intervención consiste en facilitar la mejora en la competencia intercultural de los recursos y profesionales sociosanitarios.

✓ Normalización.

Nuestra propuesta consiste en trabajar de manera paralela con la comunidad gitana y con el sistema sanitario. De esta manera, pretendemos que el sistema sanitario alcance la competencia intercultural suficiente como para no precisar un proyecto específico como el nuestro.

✓ Estabilización.

El logro de los objetivos de Equi-Sastipen-Roma exige que la intervención no sea puntual, por lo que el programa debe contar con un apoyo institucional que le permita un abordaje suficientemente intenso y extenso en el tiempo.

PROCESO METODOLÓGICO.

Las fases generales que ordenan la aplicación de Equi-Sastipen-Roma en una zona, son las siguientes:

✓ Proceso de preparación.

Presentación del programa a los agentes más significativos de la zona: recursos sociosanitarios, asociaciones gitanas, centros educativos, servicios sociales, otras asociaciones de la zona, etc.

Creación de un equipo de trabajo en la asociación, compuesto al menos por un o una profesional de disciplinas sociosanitarias (trabajo social, o educación social, o enfermería, o...) y un profesional gitano o gitana que actúe como agente de salud.

✓ Proceso de formación.

Cada año se organiza un curso de formación en el que deben participar los equipos de trabajo de cada una de las asociaciones que desarrollan Equi-Sastipen-Roma. Asimismo, y como especificaremos más adelante, existen otras acciones de coordinación, supervisión y asesoramiento, que facilitan la formación permanente de los equipos.

✓ Proceso de intervención en zonas.

El proceso de intervención en cada una de las zonas se estructura en torno a las siguientes fases:

- Creación de una comisión de salud de zona, en la que participen representantes de los distintos recursos comunitarios.
- Realización de un diagnóstico inicial sobre la salud de la comunidad gitana de la zona.
- Diseño y desarrollo de un programa para la promoción de la salud en la comunidad gitana de la zona. El tipo de acciones a desarrollar girará en torno a las siguientes líneas de trabajo:
 - Talleres de promoción de la salud adaptados culturalmente. Por ejemplo: alimentación, actividad física, prevención y tratamiento del tabaquismo, salud de la mujer.
 - Elaboración y/o utilización de materiales didácticos de promoción de la salud adaptados culturalmente, en aquellos casos que sea necesario.
 - Introducción de objetivos de promoción de la salud en actividades culturales, formativas o recreativas que ya se vinieran realizando en la asociación gitana o en la comunidad.

- Captación activa y acompañamiento sociosanitario para promover la aproximación de la población gitana a los recursos sanitarios. Por ejemplo: a revisiones ginecológicas, a servicios de salud bucodental, etc.
- Asesoramiento a recursos sociosanitarios de la zona para la mejora de su competencia intercultural en el encuentro con la comunidad gitana: asesoramiento individualizado a algún o alguna profesional, participación en reuniones para tratar algún tema relacionado con salud y comunidad gitana, desarrollo de talleres dirigidos al personal sociosanitario de la zona, etc.

✓ Proceso de asesoramiento y coordinación.

Para apoyar el trabajo en las zonas, el equipo coordinador del programa Equi-Sastipen-Roma pone en marcha un sistema permanente de asesoramiento y refuerzo formativo adaptado a las necesidades particulares de cada territorio. Asimismo, se aplica un sistema de coordinación presencial, pero también on-line.

✓ Proceso de evaluación.

Cada equipo de zona cuenta con diferentes herramientas (indicadores, cuestionarios, fichas de registro, etc.) que le permiten realizar la evaluación del proceso y de los resultados de su programa. Cada zona debe enviar al equipo coordinador de Equi-Sastipen-Roma un informe de evaluación intermedia y otro de evaluación final.

FICHA 3

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE AGENTES DE SALUD

- ✓ Que sea consciente de la diversidad interna del Pueblo Gitano respecto a costumbres, valores, identidades, situación socioeconómica, etc.
- ✓ Que sea un referente positivo para la comunidad.
- ✓ Que tenga capacidad para generar relaciones de confianza en la comunidad gitana y en la sociedad mayoritaria.
- ✓ Que tenga capacidades para el trabajo en equipo.
- ✓ Que tenga capacidades para la mediación en conflictos.
- ✓ Que tenga un conocimiento básico sobre el Sistema Sanitario y actitudes positivas hacia el mismo.
- ✓ Que tenga adecuadas competencias en lecto-escritura.
- ✓ Que tenga conocimientos básicos sobre informática e Internet.
- ✓ Que tenga actitud positiva hacia la formación permanente.
- ✓ Se valorará positivamente su formación académica previa.
- ✓ Se valorará positivamente su experiencia previa en tareas relacionadas con la intervención social.
- ✓ Que sea miembro del Pueblo Gitano, ya que se empleará (entre otras) la metodología de educación entre iguales.

3.2. ¿TODO PREPARADO?

Transcurrido el mes acordado, Sandra acudió a la asociación de Ramón y Graciela para mantener la reunión prevista. Durante el viaje tuvo tiempo de ir pensando en el trabajo realizado durante las últimas semanas. Tenía la sensación de ir con los “deberes hechos”. En primer lugar, la junta directiva y el equipo técnico habían apostado por adoptar Equi-Sastipen-Rroma como modelo de referencia. Algunas características de ese programa fueron especialmente bien recibidas en la asociación:

- La apuesta por la adaptación.
- La posibilidad de coordinarse con otras asociaciones gitanas.
- La educación entre iguales.
- La apuesta por la formación de los equipos.
- La coordinación con los recursos sociosanitarios.

No obstante, las dudas e inseguridades también habían aparecido en las reuniones de deliberación:

- ¿Seremos capaces de asumir la carga adicional de trabajo que supondrá el programa?
- ¿Seremos capaces de diseñarlo y llevarlo a cabo?
- ¿Cómo lo recibirán los recursos del barrio? ¿y las familias? ¿confiarán en que una asociación gitana sea capaz de trabajar la salud?

El ofrecimiento de apoyo por parte de Ramón, y el poder contar con una estructura de coordinación como la de Equi-Sastipen-Rroma, indudablemente sirvieron como argumentos para calmar las ansiedades iniciales.

Esos argumentos también fueron de gran utilidad en las reuniones que Sandra, y otros miembros de la asociación, habían tenido con los dife-

rentes recursos del barrio. En todas las reuniones se coincidió en considerar prioritario el trabajo en salud. Además, gustaron mucho los principios y el proceso metodológico de Equi-Sastipen-Rroma.

Pero, la noticia estrella para la reunión con Graciela y Ramón, era que habían conseguido el apoyo institucional y financiero de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma. El apoyo económico era importante, pero también era fundamental el institucional. De esta forma se cumplía uno de los principios de Equi-Sastipen-Rroma, precisamente el más resaltado por Ramón y Graciela: que no sea “el programa de la asociación”, sino que realmente forme parte de los recursos impulsados por el Sistema Sanitario. Si no fuese así, difícilmente podrían establecer relaciones de cooperación con los diferentes recursos y profesionales sociosanitarios.

En su lista de “tareas hechas”, Sandra también podía incorporar la creación del equipo de trabajo. Teniendo en cuenta la financiación inicial que habían logrado, y otras cuestiones organizativas de la asociación, se adoptaron las siguientes decisiones:

- Focalizar la intervención inicialmente en el Barrio Lucero, por el número de familias gitanas residentes y por la alta incidencia de la exclusión social en las mismas.
- Reubicar a Sandra como trabajadora social del equipo.
- Contratar a Tamara como agente de salud.

Todas esas decisiones no fueron adoptadas por la asociación en solitario, sino que en ellas ha participado la Consejería de Sanidad en el marco de una comisión mixta creada para el seguimiento del programa. Incluso se ha nombrado a una persona de la Consejería como interlocutora directa con la asociación y responsable del seguimiento y apoyo al programa. Por ejemplo, esta persona participó en el proceso de selección para cubrir el puesto de agente de salud. A

partir de los “criterios para la selección de agentes de salud”¹⁰, facilitados por Graciela y Ramón, se realizaron entrevistas a las personas candidatas y se eligió a Tamara como la persona que cumplía mejor todos los criterios.

Rememorar todos estos hechos, hizo que el viaje de Sandra se hiciese mucho más corto. Sin casi darse cuenta, ya estaba sentada delante de Ramón y Graciela relatando su listado de “tareas hechas”. Según lo iba haciendo, los ojos de Graciela se hacían cada vez más grandes y los gestos de asentimiento y admiración de Ramón más evidentes.

- Pero Sandra –dijo Ramón- todo eso que habéis hecho en tan poco tiempo es impresionante. Pero ¿qué os dan de comer?
- Jajaja, es que estamos muy motivados –contestó Sandra- Y que contamos con muy buenos maestros, claro.
- Nada, nada, que sois unos fieras –continuó Ramón entre risas-.
- Bueno, ya estamos COMPROMETIDOS y ORGANIZADOS –señaló Sandra- ¿Y ahora? ¿Cómo se llama la siguiente fase?.
- Pues yo creo que FORMACIÓN –contestó Graciela-.
- Sandra, nos has sorprendido con lo que nos has contado –siguió Ramón- y ahora nos toca sorprenderte a ti. Saca la agenda, porque tienes que apuntarte las fechas de un curso que organizamos en Madrid y en el que tenéis que participar todo el equipo.
- Si, es un curso que organizamos desde Equi-Sastipen-Roma para los equipos de todas las asociaciones que desarrollan el programa –dijo Graciela. Aquí tienes el documento con toda la información¹¹.
- ¡Qué bien! –afirmó Sandra-. Pero ¿son muchos días?, ¿quienes tenemos que ir?

- No te preocupes –contestó Graciela- para que os podáis organizar mejor, el curso tiene una parte presencial, pero luego hay otros muchos contenidos que trabajaremos de manera on-line, sin necesidad de desplazarse a Madrid.
- En cuanto a las personas que deben participar –siguió Ramón- pues se trata de que podáis asistir todas las personas del equipo de trabajo, es decir, tanto tú como la agente de salud, e incluso la persona que ha sido asignada como responsable por parte de la Consejería de Sanidad.

Concluida la reunión, Sandra encaminó los pasos hacia su casa: la jornada había terminado. Si llegó a la reunión contenta del trabajo que traía hecho, se volvía “contenta”... con más trabajo por hacer. Tenía que ver cómo se organizaban Tamara y ella misma, tanto en lo familiar como en lo laboral, para ir al curso. Además, tenía otro reto: motivar a Samuel, el responsable asignado por la Consejería, para que también participase en el curso. A Sandra le pareció muy interesante que todo el equipo pudiese asistir al curso de formación. De esta manera, además de los contenidos que van a aprender, el curso les servirá para consolidar el equipo: adquiriendo un lenguaje común, dotándose de un modelo y de una metodología compartida, ..., además de los aspectos relacionales que podrían trabajarse durante los días de trabajo compartido.

10.- Ficha 3.

11.- Ficha 4.

FICHA 4

PROGRAMA DEL CURSO DE FORMACIÓN

1. Conociendo al Pueblo Gitano.
 - ✓ Historia, identidad cultural y diagnóstico sobre la situación actual de la Comunidad Gitana en España.
2. La salud en la Comunidad Gitana.
 - ✓ Diagnóstico y factores que influyen en la situación de desigualdad en salud.
3. El marco de las políticas de intervención en salud con la Comunidad Gitana.
 - ✓ El Sistema Sanitario en el Estado Español.
4. La Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Gitana (2012-2020).
 - ✓ Estrategias para facilitar el encuentro entre la Comunidad Gitana y el Sistema de Salud.
 - ✓ El apoyo entre iguales.
 - ✓ La mediación social intercultural.
 - ✓ La competencia intercultural.
5. Promoción de la salud con la Comunidad Gitana.
 - ✓ Educación para la salud.
 - ✓ Acompañamiento sociosanitario.
 - ✓ Intersectorialidad.
 - ✓ Participación.





04.

FORMÁNDONOS PARA ABORDAR LA SALUD

Sandra regresó cansada, pero muy contenta del curso. No sólo por los aprendizajes realizados, sino también por las personas tan interesantes que había conocido de otras asociaciones y, muy especialmente, porque Tamara, ella e incluso Samuel, habían regresado siendo más equipo después de la experiencia formativa compartida.

Los aprendizajes no se los había llevado únicamente “en el cerebro” y, por qué no decirlo, “en el corazón”, sino que les habían entregado un dossier de documentación muy completo. Además, cada uno de los capítulos concluía con una ficha-resumen muy didáctica. Esas fichas serán ideales para reproducir la formación, a muy pequeña escala, con la junta directiva u otras personas de la asociación cuyo trabajo específico no sea la salud, pero que precisen manejar algunos contenidos clave.

- Mira qué interesante el dossier, Javier –dijo Sandra a un compañero que en ese momento entraba en el despacho–.

4.1. Asignatura 1.

CONOCIENDO AL PUEBLO GITANO.

En cualquier manual podremos encontrar referencias a lo importante que es conocer previamente (y permanentemente) las características del fenómeno, del territorio, de la población, del grupo y/o del individuo, con el que vamos a trabajar. Sin embargo, ¡qué poco se hace en el caso

de la comunidad gitana! Y es que, ante los grupos sociales muy estigmatizados, suele producirse la siguiente paradoja: la sociedad conoce muy poco sobre ellos, pero los estereotipos acumulados, hacen creer a la sociedad que ya lo sabe todo.

En este apartado presentaremos los datos más actualizados sobre las características sociodemográficas de la población gitana española, así como sobre su situación en algunas áreas fundamentales de participación e inclusión social (educación, vivienda, empleo, imagen social, reconocimiento institucional, etc.). No obstante, y previamente, haremos referencia a algunos hitos históricos y a algunos elementos que constituyen su identidad cultural. Conocer la historia y cultura gitana es fundamental para entender la situación actual de esta comunidad y para elegir o diseñar los enfoques más adecuados de trabajo. No obstante, que nadie piense “Conocer al Pueblo Gitano” tras leer este apartado (ni tras leer otros diez libros sobre el tema, ni tras llevar veinte años trabajando con población gitana, ni tan siquiera por ser gitano o gitana). Más bien lo que queremos transmitir es una actitud de ir “Conociendo al Pueblo Gitano” permanentemente, de dejarnos sorprender por las diferencias que podremos encontrar en cada comunidad gitana, en cada familia y en cada persona gitana que conozcamos.

4.1.1. Aproximación a la historia del Pueblo Gitano.

✓ Los Orígenes.

Las dificultades para hablar sobre la historia del Pueblo Gitano son múltiples. San Román (1997) las resume en el siguiente párrafo: *"...la carencia de documentos, que no serán abundantes hasta bien entrada la Edad Moderna; el etnocentrismo de la población receptora en cada uno de los lugares y el de los propios gitanos, que quien escribía tenía que interpretar a través de su propio tamiz; la casi total ausencia de intervención notoria de los gitanos en el devenir histórico de los receptores, lo que hace que les ignoren tanto los que producían las fuentes como, hasta muy recientemente, los propios historiadores; y el tratarse de un grupo humano per-*

- Su origen parece ser oriental, tanto por los rasgos fenotípicos como principalmente por las características de su idioma (el romanó)
- La mayor parte de los autores y las autoras concretan su procedencia en el norte del Subcontinente Indio.
- En torno al Siglo X comenzaron a emigrar hacia Occidente en pequeños grupos familiares.
- Entre los siglos XIV y XV fueron asentándose en diferentes países de Europa. En este proceso de asentamiento fueron realizándose diversos préstamos culturales: asimilación de rasgos culturales del país de origen por parte de la población rrom;¹²



seguido desde hace 500 años, de manera que suelen escribir sobre él sus enemigos".

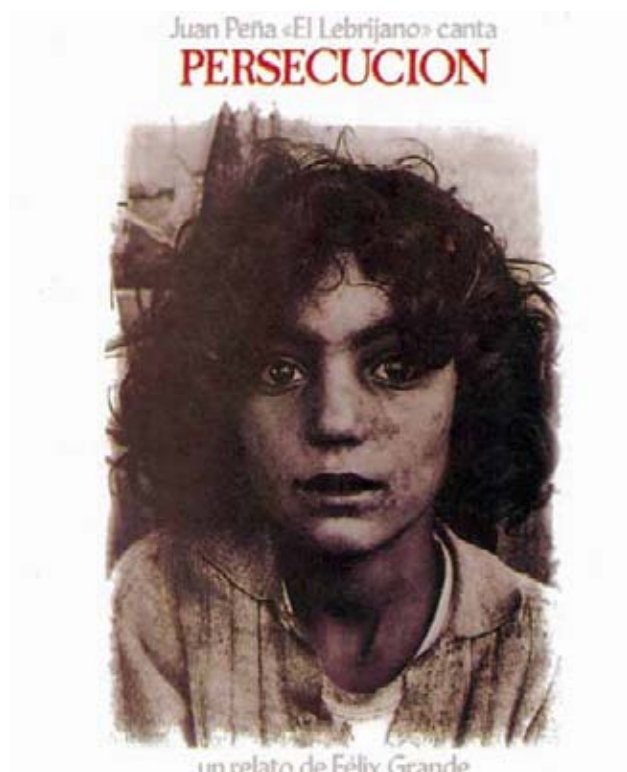
No obstante, en el momento actual existen algunos consensos sobre los orígenes del Pueblo Gitano, que pasaremos a desarrollar a continuación por el interés que tienen para entender alguno de sus rasgos actuales.

incidencia de la población rrom en la cultura del país de asentamiento.

12. Es el término con el que se refieren a sí mismos la mayor parte de los gitanos y las gitanas de todo el mundo. En el Estado Español no es un término aún reconocido por la mayoría de la población gitana, aunque sí ha comenzado a ser utilizado en el ámbito asociativo y del activismo político y cultural gitano. En el caso de la población española, el término utilizado para referirse a sí mismos es "caló-calí", pero también "gitano-gitana", que aunque es un término heterónimo e incluso interpretado como despectivo en otros países, ha sido asumido por la comunidad gitana española como propio.

- Los primeros documentos que acreditan su entrada a la Península Ibérica son del siglo XV. Si en un primer momento fueron bien recibidos¹³, ya en el tránsito entre el siglo XV y el XVI comienzan las primeras persecuciones. Su estilo de vida nómada, sus modos propios de organización, sus profesiones independientes, su heterodoxia religiosa, resultaban amenazantes para el proyecto de construcción de un Estado monocultural y monoreligioso, ya que venían a expresar que era posible constituir un modelo organizativo y de vida alternativo o al margen del poder que se estaba estableciendo.

✓ El Pueblo Gitano desde el siglo xv hasta el xx: la historia de una persecución.



Desde los albores del siglo XV se inicia una ingente sucesión de órdenes, leyes, disposiciones de todo rango, con un objetivo común: la asimilación. Según señala Gómez Alfaro (1992), entre los años 1499 y 1783 se promulgaron más de 250 textos legales específicos. Sin lugar a dudas, demasiada literatura legal, administrativa, judicial, si tenemos además en cuenta que la población gitana representaba un

porcentaje mínimo de la población española en esa época.

La manera en la que se intentó ejecutar esa política asimilacionista varió enormemente dependiendo del momento histórico. Describiremos a continuación las tres medidas legislativas más representativas dictadas respecto a la población gitana:



- Asimilación o expulsión. En el año 1499, una Real Pragmática promulgada por los Reyes Católicos exige, bajo amenaza de expulsión, que la población gitana se asiente en determinadas localidades¹⁴; abandone su lengua, su forma de vestir, sus costumbres y sus relaciones; y tomen oficios conocidos¹⁵ o sirvan a señores. Los que no lo hicieran debían dejar el país en sesenta días o "serán tratados como vagabundos y se les aplicarán las medidas en vigor ya para estos: pena de azotes, expulsión, prisión, corte de las orejas y, finalmente, esclavitud" (Leblon, 1993). En 1633, Felipe IV declara abolida la amenaza de expulsión, aunque

14.- Las diferentes pragmáticas van añadiendo o eliminando localidades en las que podían asentarse.

15.- No obstante, a lo largo de las diferentes pragmáticas se fueron limitando algunos oficios que no podían ejercer.

13.- Sobre todo porque se presentaban a sí mismos como peregrinos a Santiago de Compostela.

mantiene el resto de prohibiciones y añade una: esclavitud a todo aquel gitano que abandone su domicilio por un periodo superior a seis meses.

- Eliminación física. Orden de 1747. Fernando VI dicta una orden de apresamiento contra todos y cada uno de los gitanos y las gitanas que hubiere en el país, de ambos sexos y cualquiera que fuera su edad, y de reclusión en los presidios y arsenales (la conocida como "Gran Redada"). Se pretendía también separar a los miembros de las familias y educar a los niños y las niñas menores "liberados de la mala influencia de sus progenitores". En 1765, Carlos III ordena la liberación de todos los que aún quedaban en los arsenales.
- Asimilación ilustrada. Pragmática de Carlos III en 1783. Inspirada por las nuevas ideas ilustradas, se plantea la igualdad de derechos cívicos (se reconoce la libertad de oficios y de domicilios, salvo Madrid y Sitios Reales, e incluso prevé el castigo a las personas que impidieran la integración de la población gitana), pero siempre y cuando abandonen "traje, nombre, lengua o jerigonza, unión y modales de gitanos". Es decir, la asimilación sigue presente con una doble estrategia: negar su existencia como pueblo diferenciado (se prohíbe incluso la utilización de la palabra "gitano"); y aplicar una educación homogeneizadora a individuos (no a un pueblo o una comunidad) por sus carencias educativas y sus supuestos valores deplorables. Sin embargo, las medidas asistenciales y educativas planteadas en la pragmática apenas llegaron a ser aplicadas.

A partir de 1878 deja de haber una legislación específica para la población gitana y comparten teóricamente los deberes y derechos del resto de la población española. A pesar de ello, la Ley de Peligrosidad Social franquista apunta de modo específico a la población gitana y el Reglamento de la Guardia Civil de 1943 recomienda la vigilancia y el estrecho control de las actividades de los gitanos y las gitanas. Esta reglamentación no fue modificada hasta la llegada de la Democracia.

Lo realmente curioso de toda esta sucesión de persecuciones es su absoluta ineficacia. Como señala San Román (1997) "causó grandes sufrimientos cuyo mayor sentido histórico es su inutilidad, y su mayor sentido humano es una lección más sobre esa mezcla de perversidad y estupidez que constituye la xenofobia, y el dolor y la resistencia que tantas veces produce". Sin embargo, también es cierto que todos estos sucesos han tenido un efecto en la propia construcción de la cultura gitana, y por eso nos ha interesado rescatarlos en este momento:

- Un efecto en sus formas de organización, guiadas por estrategias de resistencia (la identidad resistente a la que nos referiremos en el siguiente apartado).
- Un efecto en su autorrepresentación, nucleada en torno a la diferencia frente al no gitano (la identidad diferenciada a la que nos referiremos en el siguiente apartado).
- Un efecto en su representación sobre la sociedad mayoritaria, marcada por la desconfianza, como desarrollaremos en el siguiente apartado al referirnos a la identidad diferenciada.

Asimismo, la representación que la sociedad tiene sobre los gitanos y las gitanas tampoco es ajena a esta historia de persecuciones.

4.1.2. La definición de la identidad cultural gitana.

Recuerda

"Las identidades, como las culturas, no son categorías fijas, sino que están en constante construcción y reformulación"
(Moreno Feliu, 2010)

Para aproximarnos a la complejidad de la identidad cultural gitana debemos tener en cuenta algunos elementos ya comentados sobre su proceso histórico: dispersión geográfica por su asentamiento en países y regiones muy diferentes; desarrollo de una dinámica de préstamos culturales en los países y regiones de acogida; historia de persecuciones físicas y culturales. Teniendo en cuenta todos esos condicionantes, describiremos a continuación los principales rasgos que

constituyen la identidad cultural gitana, también denominada romipen/gitaneidad en el ámbito del activismo político y cultural gitano.

✓ Identidad familiar.

El primer y más fuerte elemento de identificación de la población gitana es con su familia o linaje. Esta es una característica común a otras poblaciones rrom del mundo. La identidad del individuo, y su consideración en la comunidad, en gran parte es entendida en función de, inmersa en, su grupo de parientes. Además, las alianzas, las hostilidades, la competencia, la solidaridad, todo ello se encuentra mediatizado por el sistema de parentesco.

✓ Identidad simbólica.

El segundo elemento de identificación está constituido por una serie de elementos simbólicos autorreferenciales. Como en toda identidad cultural, los símbolos tienen un marcado carácter subjetivo y variable, pero en el caso del Pueblo Gitano se acrecienta por su dispersión geográfica y estructura organizativa. Por ello, la importancia aportada a cada uno de estos elementos simbólicos (y su concreción) es tremendamente variable según el momento histórico, el país, la región, e incluso la familia.

Los símbolos identitarios, en todas las culturas, suelen estar vinculados a tradiciones que se mantienen, que se rescatan o que se recrean. Dependiendo de las circunstancias, unas tradiciones se refuerzan, otras se ocultan, otras se transforman y, en todos los casos, las discrepancias y conflictos en cuanto a la jerarquía y concreción de cada tradición, es consustancial a cualquier cultura. Incluso podríamos añadir que, a pesar de no poder ser practicadas en su totalidad, hay tradiciones o elementos culturales que se mantienen como parte de la identidad simbólica de un grupo social¹⁶. El caso del Pueblo Gitano no es diferente. Como señala San Román (1986), los gitanos y las gitanas hacen una "constante construc-

ción, deconstrucción y reconstrucción de lo que en cada momento y situación ven como su tradición".

¿Qué elementos forman parte de la identidad simbólica del Pueblo Gitano? Siendo coherentes con lo señalado hasta el momento, la respuesta a esta pregunta es muy compleja. Presentemos el listado que presentemos, el grado de identificación de cada persona gitana con cada símbolo puede ser muy variable. Es el caso, por ejemplo, de la descripción de símbolos identitarios que realiza Teresa San Román, con alguno de cuyos elementos seguro que hay personas gitanas que no estarán de acuerdo:

- *"La lengua"*¹⁷.
- *La priorización de la familia sobre cualquier otro vínculo social.*
- *El respeto por los mayores.*
- *La atención y respeto hacia los muertos.*
- *La fidelidad de la esposa.*
- *La exigencia de virginidad.*
- *El respeto de los territorios locales y translocales de los grupos de parientes.*
- *Las normas de pureza y contaminación.*
- *El valor del despilfarro generoso" (San Román, 1997).*

Podríamos añadir otras tradiciones que generan símbolo identitario, como puede ser la existencia de un código no escrito y unos mecanismos internos para prevenir y resolver conflictos entre personas gitanas. También podríamos aludir a otros referentes simbólicos, algunos de ellos enraizados en la cultura tradicional, como pueden ser los ritos de boda y de luto, mientras que otros están vinculados a nuevas identidades na-

16.- Por ejemplo, para los vascos y las vascas el euskera forma parte nuclear de su identidad cultural, incluso aunque no lo hablen cotidianamente e incluso aunque no lo sepan hablar.

17.- La lengua es un buen ejemplo para observar la variabilidad de los símbolos culturales. Para la mayor parte del Pueblo Rrom hablar romanó es uno de los principales símbolos culturales. Sin embargo, en el caso de los gitanos españoles, es suficiente con utilizar algunas palabras en caló. Otro ejemplo es el presentado por Ramírez (2007) y referido a una comunidad de gitanos catalanes residentes en Perpinyá (Francia). En ese caso consideran que el símbolo cultural que les identifica como gitanos es el hablar catalán.

cionalistas, como puede ser la bandera, el himno o el Día Internacional del Pueblo Gitano¹⁸.

No obstante, y tal y como refiere Jiménez (2009), insistimos en que *“la romipén/gitanidad se articula en torno a unos rasgos culturales inestables, cambiantes, complejos, diversos en sus formas concretas (lo que en una familia extensa es así, en otra es así, lo que en una localidad o región es un manjar apreciadísimo en otra es un tabú, lo que para unos es -conditio sine qua non- en otras hace mucho tiempo que perdió valor) de modo que la respuesta a la pregunta ¿qué es ser gitano? depende tanto de factores locales como familiares. Pero todos nos sentimos gitanos. Es más, cada cual se siente el más gitano de los gitanos. Y en eso podríamos hoy día concretar la romipén a nivel individual: el sentimiento orgulloso de pertenencia”*.

✓ Identidad resistente.

En el anterior apartado expusimos algunos elementos que nos permiten definir la historia del Pueblo Gitano como la historia de una persecución, de un intento de eliminación cultural e incluso física, afortunadamente fracasado. De hecho, también podríamos definir su historia como la historia del éxito en las respuestas adaptativas, en las respuestas de resistencia. En este sentido, algunos autores afirman que este impulso de resistencia se ha constituido en el núcleo de la identidad compartida, denominándola identidad resistente. Por ejemplo, si observamos algunas de las pautas de actuación más reconocibles entre poblaciones rroma de todo el mundo, podríamos definir las como estrategias culturales de resistencia. San Román (1997) señala las siguientes:

- Estrategia productiva que combina y/o alterna distintas ocupaciones para los mismos individuos y grupos de personas, para lo cual se exige una capacitación múltiple y consecuentemente poco especializada.
- Estrategia productiva que combina y/o alterna actividades integradas y marginales

en función de las alternativas disponibles en cada momento histórico.

- Estrategia productiva y organizativa que combina y/o alterna posibilidades locales y translocales.
- Organización espacial dispersa pero que permite la variación coyuntural y adaptativa del volumen de la comunidad de parientes local.

Incluso podríamos añadir que la inexistencia de unificación política y/o estructuras organizativas centralizadas que afecten a toda la población, y su sustitución por vínculos de parentesco fuertemente cohesionados, se constituiría en una quinta estrategia de resistencia.

✓ Identidad diferenciada.

El cuarto y último elemento está vinculado con la autodefinición (y heterodefinición) de la comunidad gitana como diferente. Quizás la primera respuesta de una persona gitana ante la pregunta *¿qué es ser gitano o gitana? se aproximaría a la siguiente respuesta: pues no sé...no ser payo...es que somos muy diferentes*. Esta percepción de la diferencia es propia de cualquier grupo cultural y, además, imprescindible para la construcción y mantenimiento de una identidad cultural. Maalouf (1999) afirma que se convierte en especialmente nuclear para la identidad de grupos que se han visto atacados y perseguidos. “La gente suele tender a reconocerse en la pertenencia que es más atacada... Esa pertenencia –a una raza, a una religión, a una lengua, a una clase,... invade entonces la identidad entera”. Podríamos decir entonces que el reforzamiento de la identidad grupal diferenciada forma parte también de las estrategias de protección y resistencia.

La diferencia es un elemento central en la identidad gitana, aunque quizás la dificultad consista en objetivar esa diferencia y analizar su evolución. Como señala García Canclini (2004) “las identidades son ideaciones que se transforman, lo que permanecen son los campos sociales al-

18.- Fueron adoptados en el Primer Congreso Gitano (Londres, 1971).

ternos que se construyen". Aunque las diferencias desaparezcan o se transformen, la percepción de la diferencia permanece generación tras generación. Esto no sería tan importante si las diferencias fueran valoradas positivamente, pero se convierte en crucial cuando están basadas en profundos estereotipos y connotadas negativamente, ya que crean barreras de desconfianza.

En suma, la diferencia, la resistencia, y las estrategias, tradiciones y símbolos ligadas a las mismas, han formado parte del núcleo identitario del Pueblo Gitano durante siglos. Incluso podríamos afirmar que explican en gran parte por qué el Pueblo Gitano ha podido evitar la asimilación o la desaparición, a pesar de las innumerables regulaciones y prácticas que lo han intentado. Sin embargo, la pregunta sería si esas estrategias, que tuvieron algún sentido en épocas donde no existían muchas más alternativas de supervivencia, lo tienen hoy en día. Es decir, ¿es posible la participación y la inclusión social desde una identidad resistente y diferenciada?, ¿es posible una identidad gitana ciudadana y múltiple desde una identidad resistente y diferenciada? La respuesta, desde luego, la tiene el Pueblo Gitano, pero la viabilidad de una nueva identidad que sectores de la comunidad gitana ya están poniendo en marcha, en la que se refuercen los elementos proactivos y se reduzcan los resistentes, también depende de la sociedad mayoritaria. Será más difícil continuar su construcción si persisten en nuestra sociedad determinadas actitudes y comportamientos discriminatorios, que retroalimentan respuestas tradicionalistas y esencialistas en determinados sectores de la comunidad gitana.

4.1.3. Perfil sociodemográfico.

En primer lugar, es necesario señalar que no se conoce con exactitud el tamaño real de la población gitana en España. Los datos manejados han sido obtenidos a través de métodos muy diferentes, por lo que la horquilla puede oscilar aproximadamente entre 500.000 y 1.000.000 de personas (Laparra et al., 2007). No obstante, las cifras



manejadas por las instituciones europeas oscilan entre las 725.000 y las 750.000 personas, mientras que estudios recientes hablan de una cifra mínima de 600.000 personas gitanas en el Estado Español (Laparra et al., 2011).

Las mismas imprecisiones aparecen cuando queremos analizar la distribución de la población gitana por comunidades autónomas. No obstante, se sabe que Andalucía es la comunidad autónoma con mayor población gitana (entre el 38 y el 53% del total de la población gitana española), seguido (aunque con unos porcentajes muy inferiores) por la Comunidad Valenciana, Cataluña y Madrid.

Distribución de la población gitana por comunidades autónomas según distintas fuentes

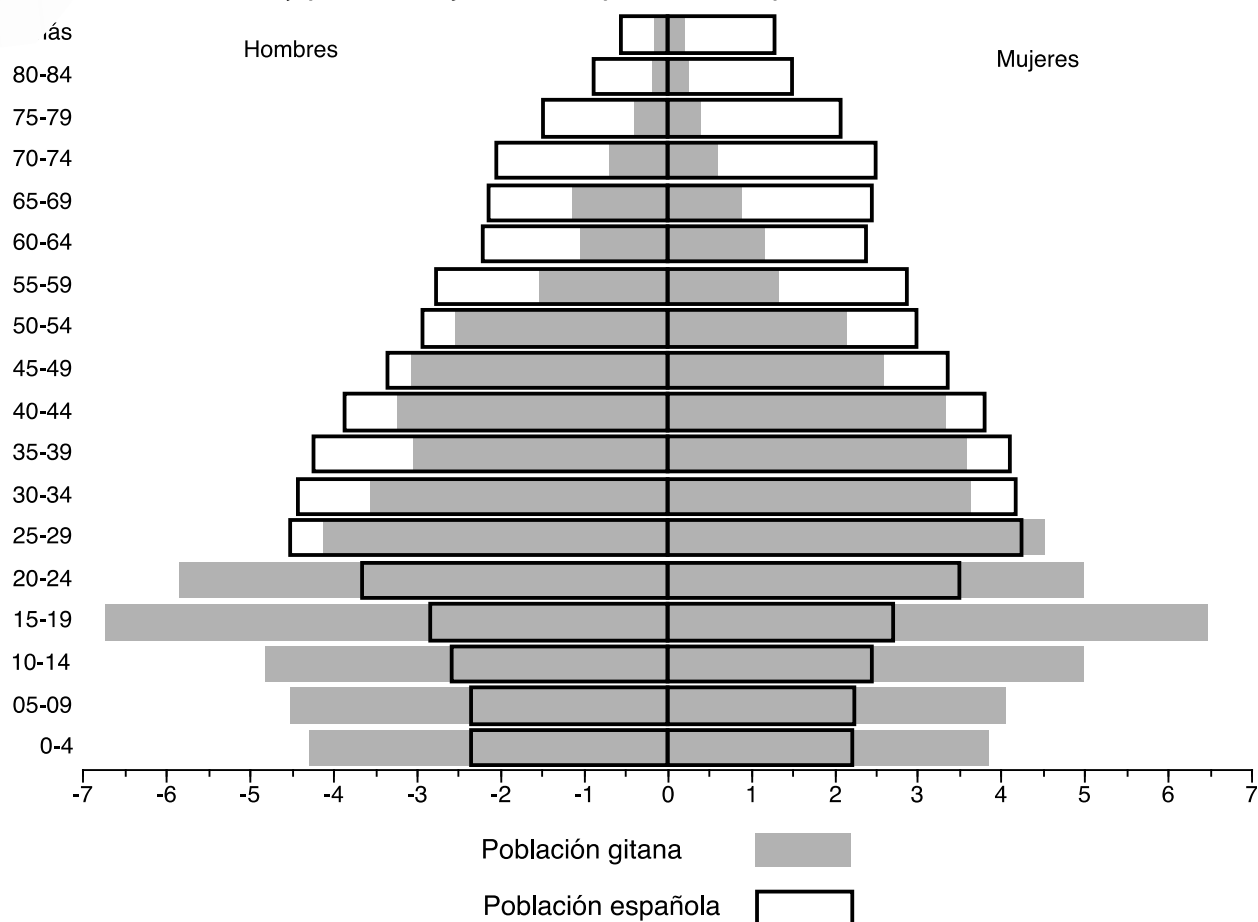
Comunidad Autónoma	Población gitana estimada		Distribución(%)		Pobl. Gitana /100 hab.	
	MTAS (S/ datos de las CCAA) 2001	Estudio vivienda FSG- D/ALEPH 2007	MTAS (S/ datos de las CCAA) 2001	Estudio vivienda FSG- D/ALEPH 2007	MTAS (S/ datos de las CCAA) 2001	Estudio vivienda FSG- D/ALEPH 2007
Andalucía	350.000	169.732	52,8	37,4	4,3	2,1
Aragón	9.000	10.036	1,4	2,2	0,7	0,8
Asturias	8.000	8.861	1,2	2,0	0,7	0,8
Baleares	6.423	5.025	1,0	1,1	0,6	0,5
Canarias	1.039	2436	0,2	0,5	0,1	0,1
Cantabria	2.460	3.462	0,4	0,8	0,4	0,6
Castilla y León	26.010	26.240	3,9	5,8	1,0	1,0
Castilla-La Mancha	20.664	19.406	3,1	4,3	1,0	1,0
Cataluña	65.000	39.551	9,8	8,7	0,9	0,5
C. Valenciana	50.000	57.892	7,5	12,8	1,0	1,2
Extremadura	15.000	16.739	2,3	3,7	1,4	1,5
Galicia	8.417	12.278	1,3	2,7	0,3	0,4
La Rioja	5.100	4.520	0,8	1,0	1,7	1,5
Madrid	60.000	43.391	9,0	9,6	1,0	0,7
Murcia	12.500	17.003	1,9	3,7	0,9	1,2
Navarra	7.426	7.013	1,1	1,5	1,2	1,2
País Vasco	14.183	10.061	2,1	2,2	0,7	0,5
Ceuta y Melilla	1.800	142	0,3	0,0	1,2	0,1
Total	663.022	453.788	100,0	100,0	1,5	1,0

Fuente: Laparra et al. (2011).

Se conoce también que la estructura poblacional de la comunidad gitana es muy diferente a la del conjunto de la población española. Especialmente se observan diferencias en los siguientes aspectos: las tasas de natalidad son sustancialmente superiores en el caso de la población gitana; la edad de la población española en su conjunto es bastante superior que en el caso de la

población gitana (39,5 años de media en el primer caso y 27,66 en el segundo); la presencia de personas gitanas con una edad superior a los 60 años es mucho menor en el caso de la población gitana, lo que nos podría estar indicando una menor esperanza de vida.

Gráfico 1. Pirámide de población para la comunidad gitana y para el conjunto de la población española. 2004



Fuente: Laparra et al. (2011) en base a los datos de EDIS ("Población gitana y empleo" Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2006) para la comunidad gitana y los datos del INE (Padrón 2004) para el conjunto de la población.

4.1.4. Diagnóstico sobre la situación actual de la comunidad gitana en España.

En nuestro país, tras la llegada de la democracia, la comunidad gitana ha experimentado mejoras indudables en su situación social. La universalización de las políticas de bienestar social o el avance económico global de nuestra sociedad, han influido claramente en esta realidad. Sin embargo, estos avances no han logrado eliminar totalmente la brecha de desigualdad existente entre la comunidad gitana y el resto de la sociedad. Una brecha construida tras siglos de persecuciones, discriminación e injusticia. Una brecha que únicamente puede ser eliminada a través políticas continuadas, intensas e integrales. Una brecha que, en la actual situación de crisis, se encuentra en claro riesgo de ensanchamiento.

Presentamos a continuación una breve síntesis sobre la situación de la comunidad gitana en las áreas que determinan el grado de participación e inclusión social de un individuo o de una comunidad.

✓ Empleo¹⁹.

Aunque la tasa de actividad²⁰ de la población gitana es elevada, la calidad en el empleo de un porcentaje importante de gitanos y gitanas está muy afectada por: la alta tasa de temporalidad²¹ (el doble que la detectada en la población general); la baja asalarización (en el año 2011, de diez trabajadores-as gitanos-as, no llegan a cuatro

19.- Datos procedentes de FSG/EDIS (2012)

20.- La tasa de actividad es el porcentaje de población que trabaja o está buscando trabajo.

21.- Porcentaje de personas que tienen un contrato de trabajo a tiempo parcial.

quienes trabajan como asalariados-as); el alto porcentaje de personas dedicadas a la colaboración no regulada (sin contrato ni por lo tanto posibilidad de acceder a derechos sociales) en actividades familiares, que en el año 2011 fue más de 22 puntos porcentuales superior respecto a la población general; la incorporación más temprana al mercado laboral, lo que incide en que se accede con unos niveles de formación más reducidos. Esta vulnerabilidad de la situación laboral de la comunidad gitana ha hecho escalar la tasa de desempleo hasta el 36,4% en el año 2011 (20,9% en el conjunto de la población). Las mujeres gitanas están más afectadas por el desempleo y la precariedad en el empleo que los hombres gitanos y que las mujeres no gitanas.

✓ Ingresos económicos.

Los niveles de pobreza experimentados por las personas de etnia gitana, tanto antes como después de la crisis, no tienen comparación con ningún otro sector social. Según datos de la serie de encuestas FOESSA²², en el año 2013 las diferencias entre población gitana y no gitana en cuanto a pobreza moderada²³ son menos elevadas que las registradas en 2007 (33,3% la población gitana frente a 20,6% en el resto de la población). Sin embargo, las diferencias en pobreza severa²⁴ son enormes: 37,8% en la población gitana frente a 6,5% en el resto de la población. Lo que ha ocurrido en los años de crisis es que la pobreza global en la comunidad gitana se ha mantenido más o menos estable, pero produciéndose un extraordinario corrimiento interno desde la pobreza moderada hasta la pobreza severa: la pobreza severa en la población gitana era del 15,2% en el año 2007 y del 37,8% en el año 2013.

22.- La Fundación FOESSA, vinculada a Cáritas, estudia desde los años 60 la evolución de la pobreza en España. Los diferentes informes FOESSA se han convertido en una de las principales referencias para conocer las características y evolución de la exclusión social en el Estado Español.

23.- Pobreza moderada: casos en que los ingresos se encuentran entre el 30 y el 60% de la mediana de ingresos de una sociedad.

24.- Pobreza severa: casos en que los ingresos se encuentran por debajo del 30% de la mediana de ingresos de una sociedad.

✓ Educación.

Se observan claros avances en cuanto a la escolarización en las etapas de educación infantil y primaria. Sin embargo, el absentismo escolar (que afecta a un cuarto del alumnado gitano en primaria, según FSG, 2010), el abandono prematuro (a los 16 años, el 44,5% de las personas gitanas no estudian, frente al 6,5% en la población general, según FSG, 2012), los bajos resultados académicos (a los 12 años, el 60% del alumnado está en el curso que le corresponde por su edad, siendo el 84,2% en el caso del conjunto del alumnado, según López de la Nieta, 2012) y la infratitulación (únicamente han alcanzado el nivel de primaria el 62,7% de las personas gitanas de entre 16 y 19 años que no estudian, según FSG, 2012), siguen siendo muy preocupantes, especialmente en el caso de la educación secundaria. En el tránsito entre la educación primaria y la secundaria se observa un mayor abandono en las alumnas gitanas respecto a los varones gitanos. En cuanto a la población adulta, las tasas de analfabetismo, de personas sin estudios y de población que únicamente cuenta con estudios primarios, son muchísimo más elevadas en la población gitana respecto al total de la población española. Asimismo, los porcentajes de personas gitanas con titulaciones post-obligatorias son extraordinariamente reducidos (López de la Nieta, 2011).

✓ Salud.

La comunidad gitana se encuentra en una situación de desigualdad en salud que se manifiesta en un estado de salud más deficitario, en la mayor presencia de hábitos de riesgo para la salud y en el tipo de utilización de los recursos sanitarios (La Parra, 2009). Profundizaremos sobre esta cuestión en la siguiente asignatura.

✓ Vivienda.

Aunque las mejoras experimentadas por la comunidad gitana en el ámbito de la vivienda son innegables, podríamos afirmar que el proceso de incorporación residencial está inacabado y que

incluso se detectan algunos síntomas de retroceso. Laparra et al. (2011) delimitan cinco problemas que afectan en mayor medida a la comunidad gitana en comparación con el conjunto de la población: la persistencia del chabolismo (aunque se ha reducido enormemente hasta el 3,9%); el hacinamiento, detectado en prácticamente uno de cada tres casos; las condiciones de la vivienda (humedades, deficiencias en la construcción, etc.), que afectan casi a la mitad de los hogares; la carencia de algún bien básico en la vivienda, detectada en el 8,5% de los hogares; y la falta de algún equipamiento urbano en el entorno, que afecta al 19% de los hogares. Por otro lado, algunas familias, que habían avanzado en su proceso de inclusión, se encuentran en serio riesgo de retroceso por diferentes circunstancias: crisis en los ingresos económicos, que dificulta el pago de deudas; agravamiento de las situaciones de hacinamiento; agravamiento de la estigmatización de algunas zonas, al no producirse inversión suficiente en rehabilitación y equipamiento.

✓ Discriminación.

Estudios realizados desde los años 70 constatan persistentemente que la comunidad gitana es el sector de nuestra sociedad hacia el que existen mayores actitudes de rechazo. Así, en una encuesta del CIS (2013) dedicada al estudio de la percepción de la discriminación en España, la comunidad gitana vuelve a “situarse a la cabeza” en cuanto a las actitudes de rechazo: el 35,4% de las personas encuestadas indican que les molestaría “mucho”, “bastante” o “algo” tener como vecinos o vecinas a personas de esta etnia, mientras que el porcentaje que opta por la opción “nada” no llega a la mitad (49,3%). Asimismo, la percepción de discriminación entre las personas gitanas es muy elevada. En un estudio realizado por el Consejo para la Igualdad de Trato y la No Discriminación (2012) se refleja que el 38% de las personas gitanas encuestadas declara haber experimentado situaciones de discriminación en los últimos 12 meses. Los principales ámbitos en los que se produjeron esas situaciones de discriminación son el

empleo, el acceso a bienes y servicios y la vivienda, aunque también aparece de manera destacada el trato policial. La persistencia de profundos prejuicios negativos en la sociedad, y su expresión en forma de actitudes y prácticas discriminatorias, es uno de los principales factores que dificultan el desarrollo de la comunidad gitana y su inclusión social real y plena.

✓ Reconocimiento institucional.

Respecto al reconocimiento institucional, se han producido algunos avances como la creación del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y del Instituto de Cultura Gitana, así como la creación de consejos autonómicos o la mención al reconocimiento institucional del Pueblo Gitano en varios estatutos autonómicos (Andalucía, Cataluña, Aragón). Sin embargo, aún persisten importantes lagunas, como por ejemplo la falta de mención a la historia y cultura del Pueblo Gitano en los libros de texto utilizados en nuestro sistema educativo.

FICHA 5

CONOCIENDO AL PUEBLO GITANO

Para trabajar con el Pueblo Gitano es necesario conocer su historia y cultura, así como sus características y necesidades actuales. Nunca debemos pensar que “ya conocemos todo”, sino que la actitud debe ser de búsqueda permanente de nuevos conocimientos en cada comunidad gitana, en cada familia, en cada persona gitana con la que trabajemos.

Prácticamente desde su llegada a la Península Ibérica (Siglo XV), y hasta el año 1878, hubo en España legislaciones específicas que buscaban la asimilación del Pueblo Gitano (e incluso, en algún caso, su eliminación física). Posteriormente, y hasta la llegada de la democracia, hubo reglamentaciones que aludían específicamente a la población gitana como objeto de vigilancia policial y judicial.

En el Estado Español no existe un censo de población gitana, por lo que es difícil conocer el tamaño y características de esta población. No obstante, los estudios disponibles indican lo siguiente:

- Su población está constituida por en torno a 800.000 personas.
- Su pirámide poblacional es muy distinta a la del conjunto de la población española: mayor natalidad, menor media de edad y escasa población mayor de 60 años.
- Los avances logrados tras la llegada de la democracia y la posterior universalización de las políticas de bienestar, no han logrado eliminar totalmente las brechas de desigualdad que afectan a la comunidad gitana en las áreas que determinan el grado de participación e inclusión social: empleo, vivienda, educación, salud, imagen social y reconocimiento institucional.

La brecha de desigualdad descrita no es ajena a la historia de persecuciones, discriminaciones e injusticias, sufrida por el Pueblo Gitano.

Los principales rasgos que constituyen la identidad cultural gitana (también denominada romipen o gitaneidad) son los siguientes:

- Identidad familiar, muy ligada al linaje de pertenencia.
- Identidad simbólica. Algunos símbolos están ligados a tradiciones, mientras que otros están vinculados a nuevas identidades nacionalistas (la bandera, el himno, etc.).
- No obstante, y desde nuestro punto de vista, dos de los elementos nucleares de la identidad gitana son la identidad resistente y la identidad diferenciada.

Poner en marcha estrategias organizativas de supervivencia (resistencia) frente a la persecución, y diferenciarse del “mundo payo” (también para sobrevivir y resistir), pueden explicar por qué el Pueblo Gitano ha podido evitar la asimilación en momentos históricos donde no existían muchas más alternativas. Sin embargo, hoy en día la presencia de la resistencia y la diferencia podrían estar suponiendo una dificultad para la construcción de una nueva identidad gitana ciudadana, múltiple, proactiva y participativa. La persistencia de actitudes y prácticas discriminatorias en determinados sectores de la sociedad mayoritaria, también dificulta la construcción de esa nueva identidad a la que nos referimos, y que ya está en marcha en muchos sectores del Pueblo Gitano.

4.2. Asignatura 2.

LA SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA.

En este apartado presentaremos un análisis sobre las principales necesidades y problemáticas que afectan a la comunidad gitana en el ámbito de la salud. Este análisis es fundamental para que, las líneas de actuación y las prioridades de trabajo que determinemos en nuestros programas, estén basadas en un diagnóstico fundamentado de la realidad. Sin embargo, el análisis sería incompleto si no hiciésemos alusión a los dos conjuntos de factores que pueden explicar la aparición de esas necesidades y problemáticas. Uno de ellos está relacionado con las situaciones de exclusión expuestas en el anterior apartado, mientras que el otro está vinculado con elementos culturales. En ese sentido, dedicaremos un espacio importante de este apartado a describir las características de cada una de las dos cosmovisiones sobre salud y enfermedad presentes en el encuentro entre la comunidad gitana y la cultura biomédica preponderante en el sistema sanitario actual, así como a delimitar los principales focos de conflicto que se producen en este encuentro. No obstante, previamente dedicaremos un espacio a definir algunos conceptos que son fundamentales para entender los contenidos que trabajaremos en este apartado.

4.2.1. Algunos conceptos previos.

- Desigualdad social en salud.

La desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos (Borrell y Artazcoz, 2008). Por lo tanto, la utilización del término desigualdad en este caso tiene una clara dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran injustas (Whitehead, 1990). Así, desde este concepto de desigualdad, la variación biológica natural²⁵ es considerada inevitable más que poco igualitaria.

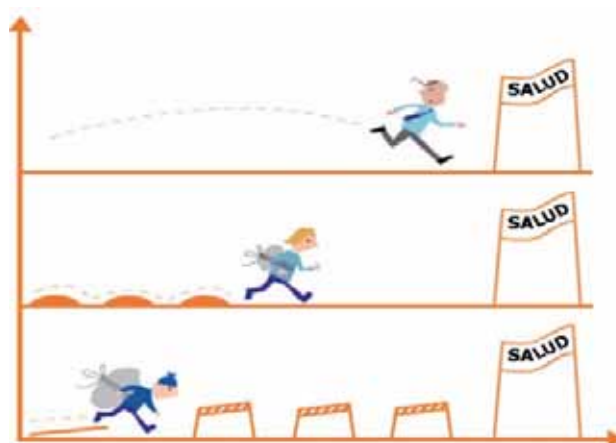
Desde esta concepción de la desigualdad ¿qué tipo de diferencias serían innecesarias, evitables e injustas? Por ejemplo, las dificultades de salud provocadas por:

- La pobreza: mala alimentación, hogares hacinados e insalubres, etc.
- Las dificultades de acceso a la educación.
- Las barreras geográficas para el acceso a los servicios sanitarios.
- Las barreras lingüísticas y/o culturales para el acceso a los servicios sanitarios.
- Las barreras organizativas, que influyen en que algunos servicios sanitarios estén organizados de una manera que no sea aceptable o accesible para ciertos sectores de la comunidad.

Todas esas diferencias influyen en que unas personas se encuentren con mayores obstáculos que otras para alcanzar la salud. La figura que reproducimos a continuación refleja con claridad esta idea de las “cargas” adicionales que determinadas personas o sectores de la sociedad deben arrastrar toda su vida, a no ser que existan políticas públicas compensatorias.

Desigualdades en salud

Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. Report Nº. 20 (2006-2007) to the Stortin.



Es importante tener en cuentas que estas “cargas” adicionales, que estas desigualdades en salud, no se distribuyen aleatoriamente sino que afectan

25. Por ejemplo, las diferencias de salud entre una persona de 18 años y otra de 65, debidas a la edad; las diferencias de salud entre un hombre y

una mujer, debidas a su distinta biología; etc.

especialmente a determinados grupos de población: “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” (MSSSI, 2012). Se habla incluso del “gradiente social” o de la denominada “pendiente social”, por la que los problemas de salud se incrementan según vamos descendiendo “peldaños” o “grados” en la “escala” socioeconómica de una sociedad. Y eso sucede entre grupos sociales, pero también en el interior de cada grupo. Es decir, por ejemplo, dentro de la comunidad gitana también existe “gradiente social”.

- Equidad en salud.

Las políticas compensatorias frente a la desigualdad, a las que nos hemos referido en el concepto anterior, deben ir dirigidas a lograr la equidad en salud. Este concepto no hace referencia a un estado de salud igual para todas las personas (ya que existen factores no modificables que nos diferencian) sino al objetivo de facilitar oportunidades a todas las personas para que puedan “desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales” (MSSSI, 2012). Por otro lado, y desde el punto de vista de las políticas públicas, “la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas. Y asegurar la equidad en los resultados en salud para todos los grupos sociales” (MSSI, 2012).

- Determinantes sociales de la salud.

Son las condiciones en las que vivimos y trabajamos. Las investigaciones señalan que su influencia en la salud es muy elevada, incluso más que los factores genéticos o biológicos (que además no pueden ser modificados). “Se sabe que la contribución a la salud del ambiente social y económico en que las personas viven y trabajan es aproximadamente del 50%, mientras que el sistema sanitario contribuye alrededor de un 25%. Por tanto, el peso relativo que ejercen en la salud de-

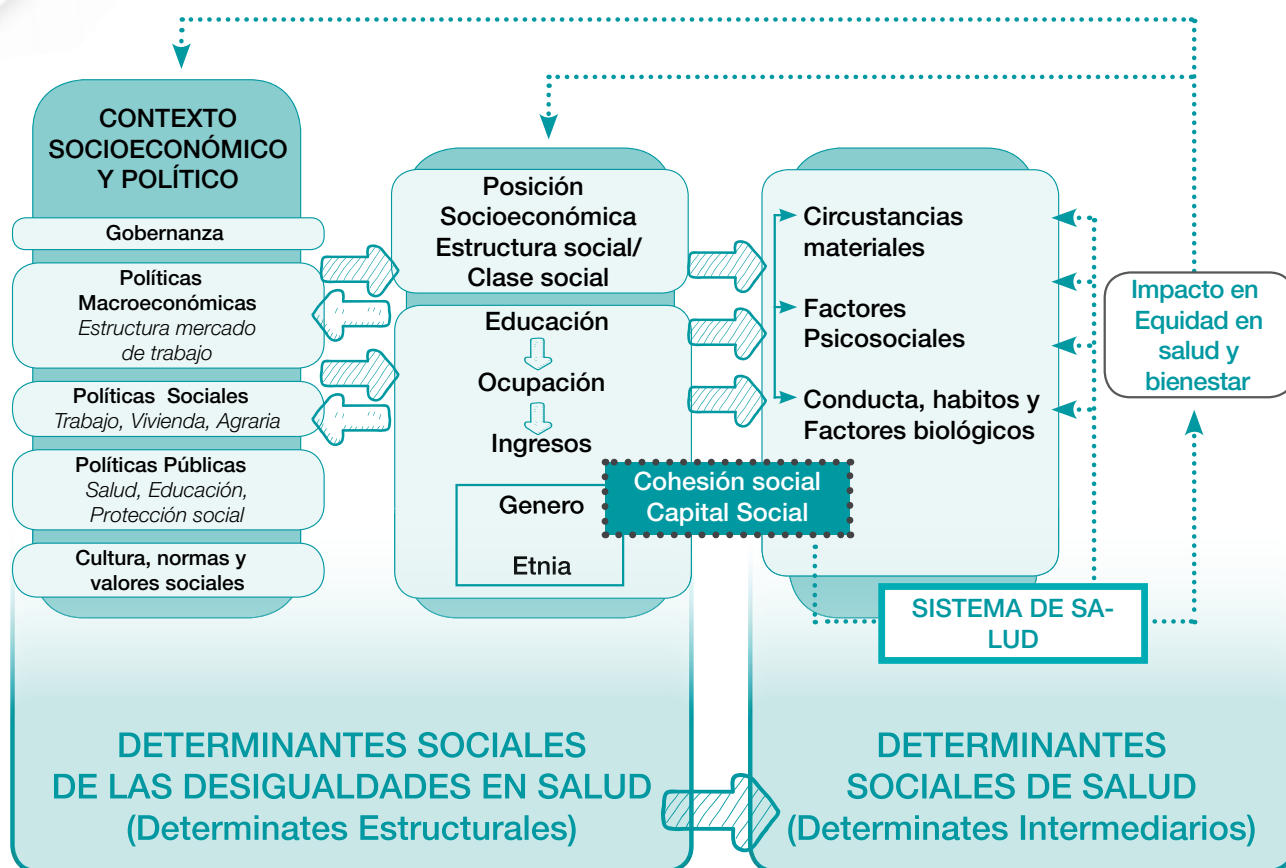
terminantes como: dónde vivimos, nuestro nivel educativo, las relaciones sociales, el tipo de trabajo que desempeñamos, el nivel de ingresos, el acceso a los servicios, las políticas, la cultura o las leyes de mercado, es mucho mayor que el peso del propio sistema sanitario” (MSSSI, 2012).

Existen diferentes modelos para explicar los determinantes sociales de la salud. Desde este Manual hemos optado por el modelo propuesto por el MSSSI, que fue construido en el marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud impulsada por la OMS, y que se resume en el siguiente gráfico.

Diferencia entre igualdad y equidad



Determinantes sociales de la salud



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. 2006.

Este modelo plantea la existencia de dos grandes conjuntos de determinantes sociales:

1. Determinantes intermediarios.
 - Las circunstancias materiales: vivienda (condiciones, ubicación, contexto, etc.), posibilidades de consumo (alimentación, ropa, etc.), las condiciones de trabajo, etc.
 - Las circunstancias psicosociales: tipo o calidad de las redes de apoyo social, grado de incidencia de factores estresantes, etc.
 - Hábitos o conductas relacionadas con la salud: dieta, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, etc.
 - El Sistema de Salud: su grado de orientación hacia la equidad.
 - Cohesión social y capital social: mecanismos de incorporación social existentes en una sociedad, presencia de comportamientos, actitudes o procedimientos discriminatorios en una sociedad, etc.
2. Determinantes estructurales.
 - Posición socioeconómica, muy vinculada con el acceso a recursos y el prestigio en la jerarquía social que aportan el nivel de ingresos, el nivel educativo y el tipo de ocupación laboral. La clase social, el género y la etnia tienen un papel muy relevante en la posición socioeconómica. Las prácticas discriminatorias (clasismo, sexismo o racismo) determinan que resulten más beneficiadas, en el acceso a la salud, las clases sociales altas, los hombres y las personas "blancas" (Borrell y Artazcoz, 2008).
 - Contexto socioeconómico y político. Es el marco en el que se desarrolla una sociedad, el marco que define y modela en gran

parte las posiciones socioeconómicas: cómo se gobierna la sociedad (participación, transparencia, etc.), tipo de políticas macroeconómicas, políticas sociales, educativas, de urbanismo o salud, tipo de cultura y valores predominantes.

Todo este conjunto de determinantes guardan una estrecha relación de mutua influencia, condicionándose los unos a los otros.

4.2.2. Diagnóstico sobre la salud de la comunidad gitana en España.

La realización por parte del Ministerio de Sanidad de la "Encuesta de salud a la comunidad gitana de España" (MSPS y FSG, 2009), supuso un importante avance en el conocimiento sobre la situación de la comunidad gitana en el ámbito de la salud y respecto a su comparación con la salud de la población general de España²⁶. Su análisis evidenció una situación de desigualdad en salud, es decir, indicó que la comunidad gitana se encontraba afectada por diferencias en el estado de salud que son innecesarias, evitables e injustas.

Encuesta de Salud



Entre las principales conclusiones de la encuesta podemos destacar las siguientes:

- Declaraba una mayor prevalencia de enfermedades crónicas:
 - ⇒ Un 13,6% de los hombres gitanos señalaba tener el colesterol elevado, frente al 9,6% en la población general.
 - ⇒ Las jaquecas eran declaradas más frecuentemente en los hombres y mujeres de la comunidad gitana (20,7% y 37,1%, respectivamente) que en el total de la población española (3,9% y 9% respectivamente).
 - ⇒ Un 16,4% de las mujeres gitanas informaba sobre problemas de alergia, frente al 10,9% en la población general.
 - ⇒ La depresión en mujeres gitanas era declarada por el 17,6%, frente al 7,7% en el total de la población española.
 - ⇒ El asma en población infantil gitana ascendía al 13,3% en niños, frente al 5,4% declarado en el conjunto de niños de la población general. En las niñas gitanas era un 8%, frente al 3,5% en el conjunto de niñas de la población general.
- Declaraba mayor presencia de caries: 54,6% los hombres gitanos, frente al 29,6% en el caso de la población general; 56,3% las mujeres gitanas, frente al 26,8% en el total de la población española.
- Declaraba un mayor porcentaje de accidentabilidad, especialmente en el caso de los accidentes de tráfico.
- Un 14,2% de los hombres gitanos declaraba tener problemas para ver, frente a un 3,7% en la población general. En las mujeres estas cifras eran del 19,7% (gitanas) y del 6,6% (población general).
- Un 42,8% de los hombres gitanos mayores de 55 años respondía tener problemas para oír, frente al 24,4% en la población ge-

neral. En las mujeres las cifras eran de 34,4% en gitanas y 20,5% en la población general.

- La percepción sobre el estado de salud era más negativa en la población gitana de mayor edad, especialmente en el caso de las mujeres: el 33,4% de los hombres gitanos mayores de 55 años describía su salud como buena o muy buena, frente al 52,3% de la población general; en las mujeres gitanas mayores de 55 años sólo un 10,5% describía su salud como buena o muy buena, frente al 38,2% en la población general.

Los resultados de la encuesta también permitían observar que el estado de salud deficitario de la comunidad gitana se veía acompañado por una mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular:

- Mayor porcentaje de hombres gitanos fumadores diarios: 54,9%, frente al 31,6% en la población general.
 - Edad de inicio más temprana en el consumo de tabaco: 14,4 años en los hombres gitanos, frente a los 17 años en los hombres de la población general.
 - Mayor presencia de hábitos alimenticios de riesgo para la salud (menor consumo diario de fruta y verdura, mayor consumo de azúcares y grasas animales, menor frecuencia de desayunos completos), tanto en hombres como en mujeres, tanto en población adulta como en población infantil y adolescente.
 - Niveles superiores de sobrepeso y obesidad, especialmente en el caso de las mujeres adultas y de la población menor de 18 años:
- ⇒ La obesidad aparecía en el 18,1% de la población gitana masculina y en el 22,9% de la población gitana femenina (de entre 2 y 17 años), frente al 11,2% y el 10,2% respectivamente en el caso de la población general.

- ⇒ El índice de masa corporal recomendado se observaba en un 35% de los hombres gitanos, frente a un 39,1% en los hombres de la población general (sin llegar a ser una diferencia estadísticamente significativa) y en un 40,4% de las gitanas, frente a un 52% en las mujeres de la población general, diferencia que sí que es significativa.

El análisis de la encuesta confirmaba que, la universalización de los servicios de salud, ha favorecido que las pautas de acceso de la población gitana sean equivalentes a las del resto de la población en el caso de los servicios de medicina general, hospitalización, urgencias y acceso a medicamentos. El peor estado de salud de los gitanos y las gitanas implica, en gran parte de los casos, una mayor utilización de estos servicios respecto a la población general. Las diferencias son especialmente reseñables en las edades más avanzadas y especialmente en el caso de las mujeres. Sin embargo, los resultados de la encuesta también informan sobre un nivel de acceso insuficiente o inadecuado cuando se trata de servicios no cubiertos por el sistema nacional de salud o servicios orientados hacia la prevención: salud bucodental, prácticas preventivas en las mujeres, acceso a prótesis auditivas o correctoras de problemas de vista:

- Un 25,3% de las mujeres gitanas no había acudido nunca a consultas de ginecología, frente al 17,6% en la población total de España. Además, la revisión periódica tenía una presencia menor en los motivos de consulta de las mujeres gitanas: 44,4% frente a prácticamente el 74,9% en el total de las mujeres de España.
- El porcentaje de mujeres gitanas que se habían realizado mamografías o citologías era inferior: 31,9% se habían realizado mamografías, frente al 48,9% en la población general; 47% se habían realizado citología, frente al 64,7% en la población general.

- Un 49,5% de los niños gitanos y un 51,4% de las niñas gitanas no había acudido nunca a la consulta de odontología, frente al 39% y el 38,4% respectivamente en la población general.
- Las intervenciones para la mejora de la salud bucodental eran menos frecuentes en la población gitana de hombres y mujeres, tanto en población adulta como infantil. Por ejemplo, un 42% de los hombres gitanos declaraba tener algún empaste, frente a prácticamente el 58% en la población general.

4.2.3. Factores explicativos de la desigualdad en salud de la comunidad gitana.

En la literatura científica existe un amplio consenso respecto a situar el foco explicativo de la desigualdad en salud de la comunidad gitana en los determinantes sociales. Se suelen mencionar dos grandes grupos de factores: los vinculados con la exclusión social y los relacionados con elementos culturales. Ambos grupos de factores son complementarios, es decir, por mucho que se aborde “lo cultural” será imposible deshacer las desigualdades sin afrontar los factores de exclusión social, y viceversa.

1. Factores vinculados a la exclusión social.

En el apartado 4.1.4. ya hemos descrito los déficit que afectan a un sector importante de la comunidad gitana en relación con la vivienda, el empleo, la educación, los ingresos y la imagen social. También hemos mencionado cómo no se ha impulsado suficientemente un tipo de políticas públicas continuadas, intensas e integrales, que permitiesen eliminar las brechas de desigualdad histórica que separan a la comunidad gitana del resto de la sociedad. Asimismo, hemos expresado la necesidad de avanzar en el reconocimiento institucional y social del Pueblo Gitano. Todos estos elementos, que reflejan la situación de exclusión social que sufre un importante sector de la comunidad gitana, guardan una estrecha relación con el modelo de determinantes

sociales expuesto en el apartado anterior, tanto con los determinantes intermediarios (especialmente las circunstancias materiales y los factores psicosociales estresantes a los que se deben enfrentar muchas personas gitanas) como con los estructurales (el tipo de posición socioeconómica, el nivel educativo, el tipo de ocupación, el nivel de ingresos, el tipo de políticas públicas y de gobernanza, etc).

2. Factores vinculados a elementos culturales.

Se suele afirmar que el tipo de percepción sobre la salud, la enfermedad y la muerte, más generalizado en ciertos sectores de la comunidad gitana, puede incidir negativamente en determinadas pautas preventivas y de adherencia a los tratamientos. También se señala que la manera de concebir el tratamiento de la salud y la enfermedad en familia, aunque supone un elemento de protección importante, ocasiona también dificultades en el encuentro entre la comunidad gitana y el sistema sanitario. En el caso específico de las mujeres, se afirma que el tipo de posición que suele ocupar en la familia influye en sus desigualdades en salud, ya que pueden estar sobrecargadas y más centradas en el cuidado del resto de miembros de la familia que en su propia salud. Por último, las dificultades del sistema sanitario para adaptarse a la diversidad cultural son contempladas como otro elemento que puede afectar negativamente a la equidad en salud. Todos estos factores también están relacionados con el modelo de determinantes sociales presentado. Así, algunos elementos de la identidad cultural gitana estarían funcionando como determinantes estructurales que influyen en conductas y hábitos relacionados con la salud. Asimismo, algunos elementos de la cultura, normas y valores sociales, influyen en que las políticas, y especialmente el sistema sanitario, tenga dificultades en el encuentro con la población gitana

En el apartado 4.1.4. hemos desarrollado los contenidos relacionados con los factores de exclusión social. En el siguiente apartado abordaremos los elementos relacionados con “lo cultural”.

4.2.4. Análisis de los factores culturales: el encuentro entre la identidad cultural gitana y la cultura biomédica.

Como reflejamos en el título de este apartado, el factor “cultural” explicativo de la desigualdad en salud se sitúa fundamentalmente en el tipo de encuentro que se produce entre dos maneras de entender la salud y la enfermedad, la preponderante en la cultura gitana y la propia de la denominada cultura biomédica. Presentaremos en primer lugar las características de cada una de estas cosmovisiones, para posteriormente señalar los principales focos de conflicto entre ambas.

Para la redacción de este apartado hemos consultado publicaciones de referencia en la literatura científica. Asimismo, y para reforzar alguna de las conclusiones extraídas de la revisión documental, hemos utilizado una serie de entrevistas realizadas a profesionales sociosanitarios y personas gitanas (Arza, 2008) en el marco de una investigación cualitativa sobre competencia intercultural en salud con la comunidad gitana.

4.2.4.1. Identidad cultural gitana y salud.

Señalaremos a continuación los principales elementos que caracterizan la relación entre la identidad cultural gitana y la salud. No obstante, y tal y como apuntábamos en el apartado 4.1., la diversidad interna en la comunidad gitana es muy amplia e incluso se ha intensificado en el último periodo histórico. En ese sentido, factores como la edad, el sexo, la posición económica, el lugar de residencia, la familia de referencia, el tipo de educación formal, el tipo de empleo, la ideología, las creencias religiosas, etc., pueden influir en que el grado de identificación de cada persona gitana con los rasgos que vamos a presentar, pueda ser muy variable. Asimismo, debemos subrayar que todos estos rasgos o maneras de vivir la salud y la enfermedad no son exclusi-

vos de la comunidad gitana, sino que también pueden ser observados en personas o grupos con otras identidades culturales. La cuestión radica en su especial extensión e intensidad en determinados sectores de la población gitana.

Recuerda

El binomio salud/enfermedad trasciende lo individual e interacciona activamente con la familia.

Como se señala en la monografía “Salud y Comunidad Gitana” del Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) “las decisiones que el individuo adopta en relación con su salud están poderosamente condicionadas por su familia extensa. Por ello, la relación con el sistema sanitario es muchísimo más compleja, pues no se trata de una relación entre el sistema sanitario y el individuo, sino entre el sistema sanitario, el individuo y su familia extensa. Esta característica tiene efectos muy visibles y llamativos (la presencia de muchos familiares en las consultas, las urgencias o los hospitales, que en ocasiones provoca problemas de convivencia) y efectos menos visibles en un primer momento, pero de consecuencias muy claras (lo que el profesional habla o pacta con el paciente, puede verse trastocado posteriormente en el seno de la familia extensa)”. Como elemento positivo, también debemos destacar que las redes sociales de apoyo son consideradas un determinante positivo de la salud. En el caso de la comunidad gitana, el apoyo material y emocional que aporta la familia se convierte en un estratégico recurso compensatorio de los múltiples factores de riesgo que afectan a un sector importante de la población gitana.

La cita literal que expondremos a continuación es representativa respecto a la fuerza del vínculo entre salud/enfermedad y familia. Un vínculo basado en que lo que le pasa a un miembro de la familia le pasa a todos los demás. Además, el acompañamiento, la presencia en la enfermedad, es vivida como una especie de “mandato cultural”. No es un capricho, es percibida como

una medida imprescindible para la autoprotección.

Algo básico es la familia, para todo el mundo lo es, pero nosotros lo llevamos a la hiper. Y yo sé que mi madre va a entrar a la consulta y yo iré, como hijo, por mi cultura, porque sé que la tengo que acompañar, y voy a entrar con ella, para si no entiende explicárselo yo. Y si va al hospital, pues también, y va a estar gente en la calle esperando, porque esto es cultural, no es de ahora, esto viene de toda la vida, porque esto viene de que siempre nos han estado masacrando y de protegernos, y estas cosas no van a cambiar. E2²⁷

✓ Concepto de salud y enfermedad.

Determinadas percepciones sobre la salud, extendidas en un sector importante de la comunidad gitana, influyen en sus estilos de vida y en su relación con el sistema sanitario. En la monografía "Salud y Comunidad Gitana" del Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) se describía de la siguiente manera ese tipo de percepción sobre la salud, muy diferente al defendido desde la medicina científica. "Un gran porcentaje de los gitanos y las gitanas conciben la salud como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte. Esta determinada visión de la salud y la enfermedad tiene varias consecuencias:

- La preocupación por la salud comienza cuando aparecen síntomas y consecuencias muy llamativas e invalidantes, por lo que el concepto de prevención es difícil de trabajar.
- Una vez que la persona (y su entorno familiar) percibe que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutive, por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte.
- El diagnóstico supone poner nombre a lo que se tiene. Por ello, la actitud ante él es ambivalente, siendo de clara evitación

cuando aún no han aparecido síntomas y consecuencias invalidantes (en esos casos, el diagnóstico puede ser percibido como una forma de poner de manifiesto una enfermedad que previamente no existía)

- Si gracias al tratamiento desaparecen los síntomas, suelen ser abandonadas las pautas terapéuticas, pues desde esa determinada concepción de la salud ha desaparecido la enfermedad".

En consecuencia, se trata de una percepción de la salud muy funcionalista, muy ligada a la ausencia de dolor y a la posibilidad de mantenerse activo y cumplir sus roles familiares y sociales. En la siguiente cita literal, expresada por un profesional de la intervención social gitano, se refleja claramente esta idea.

Yo me puedo encontrar a una persona sedentaria, que come mal, que toma drogas, que fuma... y me puede decir que está muy sana... ¿por qué? porque no se siente mal, porque no tiene un dolor. Cuando yo tengo un dolor, es cuando no estoy sano. E5²⁸

✓ Mujer gitana y salud.

Tradicionalmente, la mujer gitana ocupa un papel fundamental en el funcionamiento de la familia, y especialmente en el cuidado de la salud. Su posición (al igual que ocurre en otras culturas) puede influir en que las mujeres se encuentren sobrecargadas y centradas únicamente en el cuidado de las demás personas de la familia. Esta situación puede ser uno de los factores explicativos de su peor estado de salud en comparación con los hombres gitanos y con las mujeres no gitanas.

✓ Pluralismo asistencial.

Según plantea Kleinman (1980) en cada sociedad o grupo cultural interactúan tres sectores en la construcción de los sistemas de atención a la salud-enfermedad: el popular, el profesional y el folk. En este apartado presentamos las caracterís-

27. Entrevista a profesional gitano de la intervención sociosanitaria.

28. Entrevista a profesional gitano de la intervención social.

ticas de cada uno de esos sistemas y argumentamos que en la comunidad gitana se produce un especialmente intenso pluralismo asistencial, es decir, la implicación (simultánea o consecutiva) de los tres sistemas en los procesos de salud-enfermedad.

⇒ Sector popular.

Está compuesto por la autoatención y el tratamiento no profesionalizado ni especializado por parte de personas del entorno más cercano. En el caso de la comunidad gitana, el sector popular es liderado por las mujeres (principalmente madres y abuelas). Menéndez (2003) considera que el sector popular es la verdadera atención primaria realizada en la mayoría de las culturas.

Kleinman (1980) considera que el sector popular es el nexo de las fronteras entre los diferentes sectores (el popular, el profesional y el folk). Así, madres y abuelas gitanas aplican, en algunos casos, saberes o remedios populares transmitidos de generación en generación²⁹, mientras que en otros pueden reelaborar cómo se aplican las prescripciones pautadas por profesionales sanitarios o por terapeutas tradicionales. Asimismo, desde el sector popular se influye en determinar qué es una enfermedad, cuál es su nivel de gravedad, en qué momento de debe buscar ayuda externa y qué tipo de ayuda se busca.

⇒ Sector folk.

En este sector se engloba el conjunto de prácticas terapéuticas que no siguen los parámetros admitidos por la medicina científica. Curanderos, sanadores, chamanes, astrólogos, terapeutas alternativos o rituales religiosos de sanación, pueden enmarcarse en este sector.

En el seno de la comunidad gitana siempre han existido “terapeutas tradicionales” reconocidos por su labor en la sanación de diferentes enfermedades a través de rituales o de la aplicación de remedios naturales. La extensión e influencia

de estas figuras se ha reducido enormemente en los últimos tiempos, aunque aún se recurre a este tipo de terapeutas para afrontar determinadas enfermedades no reconocidas por la biomedicina (ligamentos, mal de ojo, golpe de sol, etc.) (Ramírez, 2007).

En el sector folk juega también un papel muy importante la Iglesia Evangélica. Por un lado tratan determinadas enfermedades a través de la fe, la oración, el apoyo comunitario y, en determinados casos, la intermediación del Pastor³⁰. Por otro lado, su discurso ideológico se encuentra plagado de mensajes orientados hacia un estilo de vida saludable, con lo que de esta manera se produce una alianza con el sector profesional. Sin embargo, desde la Iglesia Evangélica se cuestiona fuertemente la labor de lo que hemos denominado como “terapeutas tradicionales”³¹.

⇒ Sector profesional.

Está compuesto por el conjunto de profesionales y procedimientos legitimados en una sociedad. En nuestra sociedad, estaría constituido por los y las profesionales que trabajan guiados por los principios avalados por la medicina científica.

El sector profesional se constituye en el “Modelo Médico Hegemónico” (Menéndez, 1990) de nuestra sociedad. En el caso de la comunidad gitana, su presencia ha hecho retroceder a los otros modelos (popular y folk). Sin embargo, y quizás sea ésta una característica especialmente presente en la comunidad gitana, los otros dos sectores siguen representando un papel muy importante en los procesos de salud-enfermedad y en las relaciones entre la comunidad gitana y el sistema sanitario.

Uno de los elementos fundamentales de esta clasificación consiste en que nos muestra que

29.- Actualmente estos remedios o conocimientos transmitidos se han debilitado enormemente. Como señala una mujer gitana entrevistada por Ramírez (2007) “las mujeres de antes sabían mucho, ahora las gentes modernas no saben nada”.

30.- De hecho, las “experiencias de sanación” son descritas frecuentemente como el argumento que motivó a muchas personas gitanas para la conversión a la fe evangélica.

31.- De hecho, la importante presencia e influencia de la Iglesia Evangélica puede ser uno de los factores explicativos del claro retroceso de las prácticas tradicionales de sanación.

todo grupo social posee saberes y prácticas de respuesta (tanto preventivas como terapéuticas) ante la salud y la enfermedad. Sin embargo, el modelo biomédico preponderante en nuestro sistema sanitario tiende a negar estos saberes y prácticas o a considerarlos erróneos y susceptibles de ser corregidos. Más allá de considerarlos correctos o erróneos, es preciso que los y las profesionales tengan en cuenta que todo grupo social los posee y pongan en marcha procesos para entenderlos e integrarlos en una respuesta conjunta profesional-población usuaria.

Elementos salud e identidad cultural gitana



4.2.4.2. La cultura biomédica en el sistema sanitario.

Salud y enfermedad son conceptos socialmente contruidos. Hasta ahora hemos realizado una descripción de la definición que, en el interior de la identidad cultural gitana, se realiza sobre estos términos. Su definición no es correcta ni incorrecta, sino que posiblemente sea la respuesta más adaptativa que esta comunidad ha encontrado. En este momento pasaremos a describir los elementos de la cultura sobre salud y enfermedad más extendida en el sistema sanitario actual. Se trata de la denominada cultura biomédica. Lógicamente, no todas las instituciones sanitarias, ni el conjunto de profesionales sanitarios, se encuentran igual de influenciados por la cosmovisión y la práctica biomédica, pero es importante conocer sus principios para entender

alguno de los conflictos que se producen en el encuentro entre la comunidad gitana y el sistema sanitario.

En primer lugar es preciso resaltar la influencia que la biomedicina en general, especialmente a través del sistema sanitario, ha tenido y tiene sobre las ideas y representaciones sociales en torno a la salud y la enfermedad. Hasta tal punto es influyente que se tiende a relacionar e identificar los saberes sobre salud y enfermedad con el saber biomédico. Sin embargo, como señala Comelles, (2006), el saber biomédico no es una simple lectura, sino, al igual que el saber popular, una construcción.

Volviendo al esquema planteado por Kleinman, la estrategia de la cultura médica ha consistido en ir desposeyendo de influencia social a los sectores popular y folk, mientras que paralelamente iba extendiendo su influencia en cada vez más ámbitos de la vida: la alimentación, la higiene, el tiempo libre, ... Como ya hemos visto en el apartado anterior, esto también ha ocurrido en el caso de la comunidad gitana.

Pero, ¿qué características tiene la cultura biomédica a la que nos estamos refiriendo? Para describirlas seguiremos en parte las aportaciones de Comelles (2006). Su análisis nos permitirá comprender alguna de las dificultades en el encuentro entre la comunidad gitana y el sistema sanitario:

- ✓ La cultura biomédica plantea que, para conseguir la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, es necesario aislar la actuación profesional de cualquier elemento accesorio. De esta forma, la cultura se antoja como un aspecto inútil, como un estorbo a la actuación profesional. Sin embargo, "la anulación completa de la capacidad interactiva y de la intersubjetividad entre el profesional y el entorno –el paciente, su red social, la propia institución, los otros profesionales-, no se cumplen jamás... Negar lo cultural –y lo social-

en la medicina no ha sido en definitiva más que una forma de construir una cultura profesional específica” (Comelles, 2006)

- ✓ La cultura biomédica prioriza la construcción de sus aprendizajes en el laboratorio, en el manual, en el protocolo. Un aprendizaje en el que la práctica clínica, la relación con el paciente, la observación de su entorno, no son elementos privilegiados. En definitiva, un aprendizaje en el que la co-producción de saberes con otros sectores ajenos se ve enormemente dificultada.
- ✓ La cultura biomédica prioriza la inserción del individuo en itinerarios de atención desarrollados por diferentes profesionales. En ese sentido, el o la profesional en concreto no es importante, sino el protocolo, el conocimiento construido por la medicina. No es relevante quién lo aplique, por lo que la construcción de vínculos estables con pacientes y entorno pierde importancia.

4.2.4.3. Desencuentros entre la cultura gitana y la cultura biomédica.

Tras la presentación de las características culturales de ambos sistemas, destacaremos a continuación los elementos que describen y explican el encuentro (en ocasiones conflictivo) entre la comunidad gitana y el sistema sanitario.

- Desconfianza-prejuicios.

Todos los aspectos vinculados a la identidad resistente y la identidad diferenciada³² influyen lógicamente en la desconfianza inicial que surge en la comunidad gitana ante cualquier institución de la sociedad mayoritaria, y también por lo tanto hacia el personal sanitario.

Como que de entrada la desconfianza está y que el profesional se la tiene que ganar (la confianza). E4³³

En la monografía “Salud y Comunidad Gitana” (2005) del Ministerio de Sanidad y Consumo se

hace referencia también a este encuentro conflictivo, pero insistiendo en la presencia de prejuicios en todos los protagonistas del encuentro. “Los prejuicios mutuos, que en muchos casos provocan una relación de autodefensa y desconfianza. Estos prejuicios, con un fuerte componente afectivo (y, por lo tanto, tremendamente difíciles de modificar), están contruidos a partir de diferentes circunstancias:

- ⇒ Los prejuicios históricos en los que se ha cimentado la relación entre el Pueblo Gitano y el resto de la sociedad.
- ⇒ Las malas experiencias propias, que retroalimentan el prejuicio, mientras que las experiencias positivas no lo alteran sino que son vividas como excepciones.
- ⇒ La construcción de las posiciones propias a partir de la difusión (en forma de bola de nieve) de rumores negativos: -me han dicho que una familia gitana pegó a los médicos del Hospital X-; -me han contado que un niño gitano murió de neumonía y en las urgencias le habían dicho a su familia que no tenía nada-;...”

- ✓ Vivencia de la enfermedad.

Como decíamos en el apartado 4.2.4.1., un sector de la población gitana suele acudir a los servicios sanitarios cuando considera que los síntomas que le han aparecido son graves. En ese sentido, buscan una respuesta rápida e incluso podríamos decir que infalible. No olvidemos tampoco que en el encuentro con el personal sanitario esperan tranquilizarse, pues como hemos comentado suele estar presente la relación entre enfermedad y muerte.

Fui al principio al de la seguridad social y muy mal, ni me acertó...me hizo las pruebas, pero sin más. E8³⁴.

Es importante que sea certero. E8³⁵.

32.- Ver apartado 4.1.2.

33.- Entrevista a profesional sociosanitario.

34.- Entrevista a hombre gitano (28 años, casado, con hijos).

35.- Entrevista a mujer gitana (29 años, casada, con hijos).

No, pues pásate la semana que viene. ¡Cómo que la semana que viene! E2³⁶.

✓ Búsqueda de una relación de confianza.

Las barreras de desconfianza pueden desaparecer a través del conocimiento personal con el o la profesional, del trato continuado en el tiempo. Como con “los médicos de antes” podríamos decir. Sin embargo, recordemos que desde la cultura biomédica no se busca ni se le da importancia a esa relación personal y estable, sino que la relación es entre paciente y sistema.

Yo recuerdo en las familias el médico de la familia, en el que se tenía confianza, que se le llamaba a cualquier hora y te venía a casa, y te atendía y era... eso era una gozada. Y ahora pasa que vas, y cada tres semanas que te cambian de médico de cabecera... que si médicos residentes, que si... sobre todo el problema es para las personas mayores, los jóvenes pues ya lo estamos viviendo de siempre. E5³⁷.

El recurso a la medicina privada o las urgencias por parte de algunas familias tiene relación con varios de los elementos analizados hasta el momento: las urgencias para la atención inmediata y la medicina privada, en la que se busca también la atención inmediata, pero además se pretende encontrar la tranquilidad de una supuesta mayor infalibilidad y el trato más personalizado y estable en el tiempo.

Entonces, pues mucha impotencia. Y muchos, pues la medicina privada. ¿Que vaya a este Hospital?, ni pensarlo, voy al privado y pago lo que me pidan, pero me quedo tranquilo. E2³⁸.

Muchas familias gitanas lo que están buscando como alternativa es la medicina privada, tener un seguro privado. Claro, eso tiene que ver con el poder adquisitivo también. E5³⁹.

Luego el de pago me miró mucho más, me hizo un estudio a fondo. E8⁴⁰.

✓ Vivencia de la enfermedad en familia.

En el apartado 4.2.4.1. ya planteábamos la importancia que la familia tiene en la salud-enfermedad de cada persona gitana. Sin embargo, esta característica choca con el enfoque biomédico, que tiende a concebir o buscar una relación directa con el o la paciente, sin “interferencias”. Las dificultades para llegar a acuerdos entre familias y profesionales sanitarios son en ocasiones importantes, y esconden maneras diferentes de concebir la participación y el acompañamiento.

En la comunidad gitana tratamos de manera diferente la enfermedad, vamos todos juntos, todos formamos parte de esa enfermedad o de esa situación. Todos tenemos una parte que ver. Esas cuestiones no se tienen a veces muy en cuenta por parte de los profesionales... Incluso para dar noticias malas, nosotros lo vivimos de otra manera. Ahora lo que se estila es que el médico tiene que tener una relación directa con el enfermo. Nosotros creemos que tiene que haber un proceso diferente, tiene que ser la familia la que se tiene que enterar antes cuando hay una mala noticia que dar. Sin embargo, ahora se está dando al revés mucho. Es una cosa que a nosotros nos rompe. Siempre nos hemos manejado que primero lo sabe un familiar importante y luego la manejamos entre nosotros a ver cómo tratamos la noticia. E5⁴¹.

✓ Dificultades de comunicación.

Lógicamente, cuando se produce una acumulación de barreras, esto incide en una compleja comunicación entre personal sanitario y comunidad gitana. Así, las dificultades de comunicación a las que aludíamos están muy influidas por los focos de conflicto ya referidos, como la desconfianza y los prejuicios, o como las diferentes percepciones y conceptualizaciones de la salud y la enfermedad. Sin embargo, otra de las barreras está constituida por el tipo de lenguaje utilizado.

36.- Entrevista a profesional sociosanitario gitano.

37.- Entrevista a profesional gitano de la intervención social.

38.- Entrevista a profesional sociosanitario gitano.

39.- Entrevista a profesional gitano de la intervención social.

40.- Entrevista a hombre gitano (28 años, casado, con hijos).

41.- Entrevista a profesional gitano de la intervención social.

En la monografía “Salud y Comunidad Gitana” del MSC (2005) se señala lo siguiente al respecto. “Falta de adaptación en los mensajes que se ofrecen a la población gitana. Esta falta de adaptación tiene relación con el tipo de palabras empleadas (teniendo en cuenta el escaso nivel académico de una parte de los miembros de la comunidad) pero también con los códigos más reforzados o prestigiados, que en el caso de los profesionales sanitarios es el escrito, mientras que en la comunidad gitana es el oral”. En una de las entrevistas a profesionales y personas gitanas de Navarra también se incide en la misma línea.

Mira, estamos hablando de la comunidad gitana, que aún existe, por desgracia, mucho analfabetismo. Entonces, hay muchas cosas que se dicen que no se entienden. Pero no sólo con gitanos, con todo el mundo. Pero las personas que no son gitanas dicen: ¿qué me has dicho, que no te he entendido?, pero los gitanos se callan, por vergüenza, porque creen que todo el mundo lo tiene que saber.. E2⁴².

Desencuentros entre cultura gitana y biomédica	
Cultura Gitana	Cultura Biomédica
Desconfianza hacia la sociedad mayoritaria (identidad diferenciada y resistente)	Prejuicios, compartidos con el resto de la sociedad
Vivencia de la salud-enfermedad en familia	Relación individualizada con el o la paciente
Confianza en el profesional de referencia	Confianza en la tecnología
Prioridad a la relación y la palabra	Prioridad al protocolo y al documento escrito

42.- Entrevista a profesional sociosanitario gitano.

FICHA 6

LA SALUD EN LA COMUNIDAD GITANA

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que vivimos y trabajamos. Estas condiciones influyen en que unas personas se encuentren con mayores obstáculos que otras para alcanzar la salud, es decir, influyen en que existan desigualdades sociales en salud. Para evitarlo, es preciso orientar las políticas hacia la equidad en salud, es decir, lograr que cualquier persona pueda desarrollar todas sus potencialidades en salud independientemente de sus circunstancias sociales.

Según la “Encuesta de salud a la comunidad gitana de España”, realizada por el Ministerio de Sanidad, la comunidad gitana sufre una situación de desigualdad en salud respecto a la población general de España, ya que declara:

- ⇒ Mayor prevalencia de enfermedades crónicas, mayor presencia de caries y de problemas visuales y auditivos, así como un mayor porcentaje de accidentabilidad, especialmente en el caso de los accidentes de tráfico.
- ⇒ También declara una mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular: mayor porcentaje de hombres fumadores diarios (con una edad de inicio más temprana), mayor presencia de hábitos alimenticios de riesgo y niveles superiores de sobrepeso y obesidad (especialmente en el caso de las mujeres adultas y de la población menor de 18 años).
- ⇒ La percepción sobre el estado de salud es más negativa en la población gitana de mayor edad (en comparación con el conjunto de la población española de la misma edad), y especialmente en el caso de las mujeres.
- ⇒ Se observa un nivel de acceso insuficiente en servicios no cubiertos por el Sistema Nacional de Salud u orientados hacia la prevención: salud bucodental, prácticas preventivas en ginecología, acceso a prótesis auditivas o correctoras de problemas de vista.

La situación de desigualdad en salud de la comunidad gitana se explica por el impacto de los determinantes sociales de la salud. Por un lado, por la situación de exclusión social (ya referida en el apartado anterior), y por el otro, por elementos relacionados con “lo cultural”. Ambos grupos de factores son complementarios, es decir, por mucho que se aborde “lo cultural” será imposible deshacer las desigualdades sin afrontar los factores de exclusión social, y viceversa.

El factor “cultural” se sitúa fundamentalmente en el tipo de encuentro que se produce entre dos maneras de entender la salud y la enfermedad, la preponderante en la comunidad gitana y la propia de la denominada cultura biomédica. El efecto de la historia de persecución y discriminación en las relaciones entre la comunidad gitana y el resto de la sociedad, también influye como un obstáculo añadido.

4.3. Asignatura 3.

EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA⁴³.

En anteriores apartados nos hemos aproximado al conocimiento de las características y necesidades del Pueblo Gitano en general, y de su situación en el ámbito de la salud en particular. Poco a poco vamos avanzando hacia el objeto principal de este manual: las claves para la intervención en salud desde el asociacionismo gitano. Sin embargo, previamente, debemos describir el marco en el que se deberá desarrollar esa intervención. Para ello, en primer lugar presentaremos las principales características del Sistema de Salud en el Estado Español. Posteriormente describiremos los objetivos y las líneas de actuación que, específicamente en el campo de la salud, propone la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana (2012-2020), que es el documento institucional que regula las políticas en este ámbito.

4.3.1. El Sistema de Salud en el Estado Español.

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de toda la ciudadanía. La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se recogen en un conjunto de normas estatales con rango de Ley: Ley General de Sanidad (1986), Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012). Asimismo, existen diferentes legislaciones específicas autonómicas.

Los principios que permiten el ejercicio de este derecho son:

- ⇒ Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- ⇒ Derechos y deberes definidos para la ciudadanía y para los poderes públicos.
- ⇒ Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- ⇒ Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- ⇒ Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la Ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

4.3.1.1. Competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria:

- Administración del Estado.
- ⇒ Bases y coordinación de la sanidad. Se persigue una igualación básica de condiciones en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Se fijan medios y sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, el establecimiento de consensos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas. Uno de los instrumentos esenciales para el cumplimiento de esta función es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud autonómicos, entre ellos y con el Estado. El CISNS funciona en pleno, comisión

43.- Este apartado ha sido redactado fundamentalmente a partir de los contenidos recogidos en la siguiente publicación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: "Sistema Nacional de Salud. España 2012".

delegada, comisiones técnicas y grupos de trabajo.

- ⇒ Sanidad exterior. Vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Relaciones y acuerdos internacionales. Participación en organismos internacionales relacionados con la salud.
- ⇒ Política del medicamento. Legislación sobre medicamentos y productos sanitarios, autorización de medicamentos y laboratorios farmacéuticos, autorización de ensayos clínicos, etc.
- ⇒ Gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que desde el año 2002 sustituye al INSALUD. Culminadas las transferencias de competencias a las comunidades autónomas, a este Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del antiguo INSALUD, además de las prestaciones sanitarias en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.
- Comunidades Autónomas.

De acuerdo con la Constitución y los diferentes estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido competencias en materia sanitaria. Cada comunidad autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad.

Tres son las competencias fundamentales de las comunidades autónomas en materia de salud:

- ⇒ Planificación Sanitaria. Sistemas de información, diagnóstico de necesidades en salud, elaboración de planes globales y específicos, evaluación, etc.
- ⇒ Salud Pública. Vigilancia e intervención epidemiológica, promoción de la salud, etc.
- ⇒ Gestión de los Servicios de Salud (centros de atención primaria, especializada, hospitales).

- Corporaciones Locales (diputaciones, mancomunidades, ayuntamientos, etc).

Cuentan fundamentalmente con dos tipos de competencias:

- ⇒ Salubridad. Control sanitario del medio ambiente, de industrias y comercios, etc.
- ⇒ Colaboración con la comunidad autónoma en la gestión de los servicios públicos de salud.

4.3.1.2. Población cubierta por el Sistema Nacional de Salud.

En el Estado Español son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, aquellas personas que tienen la condición de asegurado. Esta condición la poseen todas aquellas personas que cumplen alguno de los siguientes requisitos:

- ⇒ Ser trabajador-a por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado-a a la seguridad social y en situación de alta o asimilado al alta.
- ⇒ Ser pensionista del sistema de la seguridad social.
- ⇒ Percibir cualquier otra prestación periódica, incluidas la prestación y el subsidio de desempleo.
- ⇒ Haber agotado la prestación o subsidio por desempleo y figurar inscrito como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

Si no se cumpliera ninguno de los supuestos anteriores, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Serán beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con

análoga relación de afectividad; el excónyuge a cargo del asegurado; los descendientes del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

Todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España pueden recibir asistencia sanitaria únicamente en los siguientes casos:

- ⇒ De urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica.
- ⇒ De asistencia al embarazo, parto y puerperio.
- ⇒ Si son menores de dieciocho años.

4.3.1.3. Organización y prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada. En la siguiente tabla trataremos de sintetizar las principales características de ambos niveles.

	Atención Primaria	Atención Especializada
Características	Accesibilidad, proximidad a la ciudadanía.	Complejidad técnica.
Actividades	Capacidad técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Dispone del conjunto de los datos de la biografía sanitaria de cada paciente, por lo que posee una visión clínica y terapéutica global.	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste. Tras el proceso asistencial, el o la paciente, y la información clínica correspondiente, retorna a su profesional sanitario de Atención Primaria.
Acceso	Espontáneo, a través de la petición de cita en el propio centro de salud.	Por derivación desde la Atención Primaria.
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales.	Centros de especialidades y hospitales.
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del paciente.	De manera ambulatoria o con internamiento hospitalario.

Fuente: MSSSI (2012).

El conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a la ciudadanía están recogidos en las denominadas carteras de servicios. Existen varios tipos de carteras:

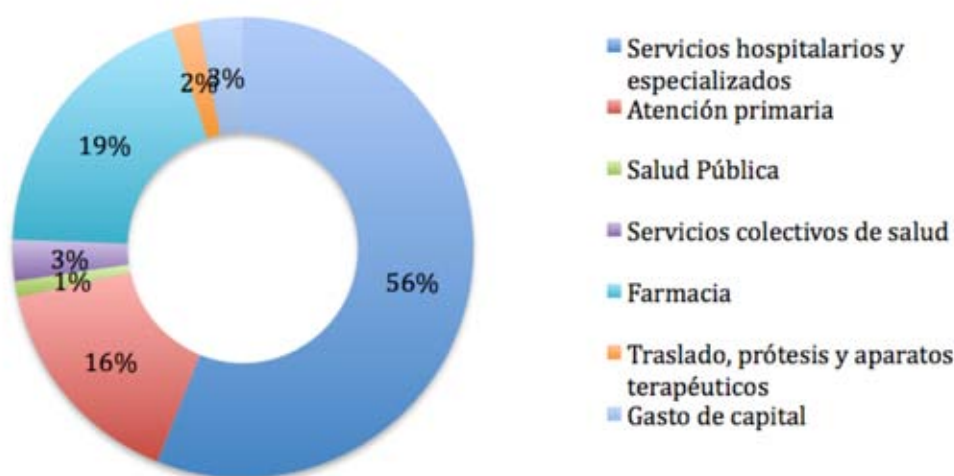
- ⇒ Cartera común básica del Sistema Nacional de Salud. Comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realizan en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente.
- ⇒ Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud. Incluye: prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos, transporte sanitario no urgente.
- ⇒ Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas. Cada comunidad autónoma puede incorporar una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en las carteras común o suplementaria.

En cuanto al gasto sanitario, y como se puede observar en el siguiente gráfico, el grueso del presupuesto (algo más de la mitad) es dedicado a la atención hospitalaria y especializada. Los otros dos capítulos principales de gasto son el farmacéutico (19%) y el de atención primaria (16%). El menor porcentaje de gasto es el dedicado a salud pública (1%), que es incluso inferior al porcentaje de gasto de capital (3%).

En cada comunidad autónoma, el Sistema Nacional de Salud se organiza territorialmente en áreas de salud y zonas básicas de salud.

- ⇒ Áreas de Salud. Es la principal unidad territorial del SNS. Las áreas de salud no tienen por qué corresponder con otras delimitaciones administrativas (provincia, municipio, etc.). Cada comunidad autónoma deli-

Gasto Sanitario España 2010



Fuente: MSSSI (2012).

mita sus áreas de salud teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, epidemiológicos, culturales, de dotación de vías de comunicación, etc., así como según las instalaciones sanitarias existentes. Cada área de salud debe tener asignados recursos de atención primaria y especializada suficientes como para que sus habitantes puedan disponer adecuadamente de todas las prestaciones recogidas en la cartera de servicios.

- ⇒ Zonas Básicas de Salud. Las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud para facilitar la máxima operatividad y eficacia de los servicios de atención primaria. Cada comunidad autónoma establece sus zonas básicas de salud de acuerdo a criterios demográficos, geográficos y sociales.

Finalmente, en cuanto a la prestación farmacéutica, la contribución a la financiación del gasto es la siguiente:

- ⇒ Farmacia hospitalaria. Los medicamentos dispensados en este ámbito no tienen copago.
- ⇒ Prestación farmacéutica ambulatoria. Está sujeta a copago en función de tres criterios: edad, renta y grado de enfermedad. Reflejamos en la siguiente tabla las diferentes situaciones que se pueden dar.

	Activos	Pensionistas
Personas con rentas mínimas de inserción, de pensiones no contributivas, y personas sin prestaciones de desempleo y situaciones análogas ⁴⁴ .	0%	0%
Rentas inferiores a 18.000 euros.	40%	10% (como máximo, el coste mensual debe ser de 8 euros)
Rentas iguales o superiores a 18.000 euros e inferiores a 100.000 euros.	50%	10% (como máximo, el coste mensual debe ser de 18 euros)
Rentas iguales o superiores a 100.000 euros.	60%	10% (como máximo, el coste mensual debe ser de 60 euros)
Pacientes con enfermedades graves y pacientes con enfermedad crónica (en los medicamentos y productos sanitarios para el tratamiento de dichas enfermedades).	10% (límite máximo de aportación resultante de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente)	10% (límite máximo de aportación resultante de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente)
Mutualidades y clases pasivas.	30%	30%

Fuente: Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

4.3.2. La salud en los planes de intervención con la comunidad gitana. La Estrategia para la Inclusión de la Población Gitana (2012-2020).

El Gobierno de España ha aprobado en los últimos años dos documentos institucionales de gran relevancia, ya que pretenden planificar de manera integral e intersectorial todas las estrategias y actuaciones dirigidas hacia el desarrollo de la comunidad gitana: Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-2012) y Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana (2012-2020). En ambos documentos la salud ha sido contemplada como uno de los ámbitos prioritarios de intervención. Asimismo, algunas comunidades autónomas⁴⁵ han aprobado sus propios planes estratégicos para el desarrollo de la comunidad gitana, contemplándose también en todos

ellos la salud como un capítulo de gran relevancia. Más allá del mayor o menor grado de cumplimiento de estos planes, una de sus principales potencialidades consiste en que aportan un marco estratégico para el diseño y desarrollo de los programas que se desarrollen desde las asociaciones u otro tipo de instituciones.

En este apartado presentaremos la Estrategia Nacional por su carácter estratégico y su amplia temporalización. Nos referiremos específicamente a los objetivos y actuaciones relacionadas con la salud de la comunidad gitana.

La Estrategia para la Inclusión Social de la Población Gitana fue aprobada por el Gobierno de España en febrero del año 2012, como consecuencia del Marco Europeo de Estrategias Nacionales ratificado por la Comisión Europea en abril de 2011. Para su elaboración se tuvieron en cuenta las aportaciones de los distintos grupos de trabajo del Consejo Estatal del Pueblo Gitano⁴⁶, así como la

44.- Personas afectadas de Síndrome Tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica. Tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

45.- Personas afectadas de Síndrome Tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica. Tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

46.- El Consejo Estatal del Pueblo Gitano es un órgano compuesto por representantes de las asociaciones gitanas y de los diferentes ministerios. Su función es consultiva respecto a las políticas relacionadas con la comunidad gitana.

implicación de las comunidades autónomas y la federación de municipios y provincias.

La estrategia consta de objetivos y líneas estratégicas de actuación en 4 ámbitos prioritarios: empleo, vivienda, educación y salud. Asimismo, contempla otras líneas estratégicas de actuación prioritaria, como: acción social, participación de la población gitana, mejora del conocimiento, enfoque transversal de género, no discrimina-

ción y promoción de la igualdad de trato, sensibilización social, fomento y promoción de la cultura, población romaní procedente de otros países, enfoque microterritorial y acción política a nivel europeo.

En el siguiente cuadro reproducimos los objetivos planteados por la Estrategia en el ámbito de la salud:

Objetivos generales y específicos	Datos población total (Datos ENSE, año 2006)	Datos más recientes población gitana (Datos ENSE para población gitana, año 2006)	Objetivo 2015	Objetivo 2020
Objetivo 1.A. Mejora del estado de salud de la población gitana y reducción de las desigualdades sociales en salud: Intervención en población adulta				
Objetivo Específico 1.1 Mejorar la percepción de estado de salud de la población gitana <i>*(Percepción del estado de salud como "bueno" o "muy bueno" en población de 35 a 54 años)</i>	(H): 75,9% (M): 65,7%	(H): 65,6% (M): 51,4%	(H): 70% (M): 58%	(H): 76% (M): 66%
Objetivo Específico 1.2 Reducir los accidentes de tráfico entre población gitana de 16 años o más.	(H): 21,2% (M): 15,8%	(H): 41,6% (M): 27,9%	(H): 32% (M): 22%	(H): 22% (M): 16%
Objetivo Específico 1.3 Reducir el tabaquismo entre hombres gitanos de 16 años o más.	31,6%	54,9%	40%	30%
Objetivo Específico 1.4 Reducir la obesidad en mujeres gitanas (>16 años).	15,2%	26,4%	20%	15%
Objetivo Específico 1.5 Reducir el número de mujeres gitanas que no han ido nunca a consulta ginecológica	17,6%	25,3%	20%	16%
Objetivo 1.A. Mejora del estado de salud de la población gitana y reducción de las desigualdades sociales en salud: Intervención en población infantil				
Objetivo Específico 2.1 Reducir el número de accidentes en el domicilio (casa, escaleras, portal, etc)	(H): 26,4% (M): 27,8%	(H): 36,7% (M): 53,8%	(H): 30% (M): 40%	(H): 26% (M): 28%
Objetivo Específico 2.2 Reducir la obesidad infantil (2-17 años)	(H): 10,2% (M): 9,4%	(H): 16,1% (M): 19,2%	(H): 13% (M): 14%	(H): 10% (M): 9%
Objetivo Específico 2.3 Incrementar la atención bucodental (nº de niñas que nunca han ido a consulta)	(H): 39% (M): 38,4%	(H): 49,5% (M): 51,4%	45%	38%

Fuente: MSSSI (2012).

Las líneas estratégicas de actuación para cada uno de los objetivos son las siguientes:

1. Accesibilidad, uso y eficacia de los servicios sanitarios.
 - ⇒ Fomento de políticas y acciones dirigidas a reducir la situación de desigualdad sanitaria de la población gitana y de otros grupos de población, de forma prioritaria sobre la situación de la infancia, adolescencia y juventud, incluyendo la perspectiva de género.
 - ⇒ Reorientación de los servicios de salud hacia la equidad, tanto en las áreas de promoción de la salud como en prevención de enfermedades y atención sanitaria.
 - ⇒ Inclusión de objetivos específicos de reducción de la desigualdad y de atención a la diversidad en los servicios normalizados del Sistema Nacional de Salud.
 - ⇒ Impulso de la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital y, especialmente, en la infancia y juventud de la población gitana, incluyendo el establecimiento de medidas activas.
2. Cooperación administrativa y participación.
 - ⇒ Establecimiento de mecanismos para asegurar el impacto en la salud de la población gitana de las distintas estrategias y planes en materia de salud pública del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de las comunidades autónomas.
 - ⇒ Promoción de la colaboración y participación de la población gitana y su tejido asociativo en los procesos de intervención.
 - ⇒ Promoción del trabajo y la acción intersectorial fomentando la coordinación con otras entidades y planes de actuación, en todos sus ámbitos territoriales así como con otras instituciones.

- ⇒ Coordinar con servicios de pediatría para promover acciones de difusión de información y formación para población gitana, especialmente la inmigrante.
- ⇒ Apoyo e impulso de actuaciones de formación en atención a la diversidad, competencia intercultural y equidad de los y las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud.
- ⇒ Adaptación cultural de los recursos, cuando sea necesario.

Como podemos observar, el asociacionismo gitano es uno de los agentes fundamentales para el desarrollo de la Estrategia, y así es reconocido en una de sus líneas de actuación ("promoción de la colaboración y participación de la población gitana y su tejido asociativo en los procesos de intervención"). Asimismo, nos gustaría destacar cómo los objetivos y líneas de actuación de la Estrategia son coherentes con las conclusiones aportadas por la investigación sobre salud y comunidad gitana presentada en el apartado X, priorizándose con claridad la incorporación de la perspectiva de género y la intervención con población infantil, adolescencia y juventud.

FICHA 7

EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA

El Sistema de Salud en el Estado Español está caracterizado por su financiación pública, universal y gratuita. No obstante, las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes únicamente pueden recibir asistencia sanitaria en determinados casos: urgencia hasta la situación de alta, asistencia al embarazo-parto-puerperio y si son menores de dieciocho años.

Otra de sus características es la descentralización. Las comunidades autónomas cuentan con competencias en planificación sanitaria, salud pública y gestión de los servicios de salud.

El Sistema de Salud en el Estado Español se organiza en dos niveles asistenciales: atención primaria (de acceso a través de petición de cita; prestada en centros de salud, consultorios locales y de manera domiciliaria) y atención especializada (de acceso a través de derivación desde la atención primaria; prestada desde centros de especialidades y hospitales).

El conjunto de servicios del Sistema de Salud están recogidos en las denominadas carteras de servicios. Hay una cartera de servicios comunes básicos a todo el Sistema, otra suplementaria y una cartera de servicios complementarios de cada comunidad autónoma.

El Sistema de Salud en el Estado Español se organiza territorialmente en áreas de salud. Cada área de salud se subdivide en zonas básicas de salud para facilitar la organización de los servicios de atención primaria.

La prestación farmacéutica hospitalaria es gratuita. Sin embargo, la ambulatoria cuenta con un sistema de pago en función de tres criterios: edad, renta y grado de enfermedad.

El grueso del presupuesto sanitario (algo más de la mitad) es dedicado a la atención especializada, mientras el menor porcentaje de gasto es el destinado a salud pública (1%).

La Estrategia para la Inclusión Social de la Población Gitana fue aprobada por el Gobierno de España en el año 2012, como consecuencia del Marco Europeo de Estrategias Nacionales ratificado por la Comisión Europea en abril de 2011. Uno de sus cuatro ámbitos prioritarios es la salud.

La Estrategia considera que el asociacionismo gitano es uno de los agentes fundamentales para el cumplimiento de sus objetivos y el desarrollo de sus líneas de actuación.

En coherencia con las conclusiones del estudio presentado en el apartado 4.2.2., la Estrategia prioriza la incorporación de la perspectiva de género y la intervención con población infantil, adolescencia y juventud.

4.4. Asignatura 4.

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR EL ENCUENTRO ENTRE LA COMUNIDAD GITANA Y EL SISTEMA DE SALUD.

El reconocimiento de la situación de desigualdad y discriminación del Pueblo Gitano ha hecho que en las últimas décadas se busquen nuevas estrategias para facilitar el acercamiento entre los recursos comunitarios y la población gitana. Algunas de estas estrategias, incluso bienintencionadas, intentaron encontrar o crear (caricaturizando un poco) “al jefe de los gitanos”, para que actuara como interlocutor. Evidentemente, estas estrategias han sido fallidas, pues desconocían absolutamente la realidad y funcionamiento de la cultura gitana⁴⁷. Como señala Scaramuzzetti (2003) “nuestras políticas sociales parten de una concepción piramidal de la sociedad: todos los grupos tienen un representante, después el representante de los representantes, después se baja de la cumbre a la base. Entre los rroma no es así”. Mejores resultados ha obtenido la adaptación, a la intervención con el Pueblo Gitano, de una metodología muy extendida en los ámbitos de la educación, el trabajo social y la promoción de la salud: el apoyo entre iguales. Asimismo, la mediación social intercultural ha tenido un buen encaje en los programas de trabajo con la comunidad gitana. No obstante, y desde nuestro punto de vista, el enfoque más completo es el de la competencia intercultural, ya que integra los anteriores y no centra únicamente su atención en los cambios que debe realizar la comunidad gitana, sino también en las transformaciones sociales, institucionales y profesionales que deben desarrollarse para facilitar un constructivo encuentro intercultural. Vamos a describir a continuación las principales características de todas estas estrategias de intervención.

4.4.1. El apoyo entre iguales.

El apoyo entre iguales busca hacer intencional y planificado lo que de manera natural e informal se produce en todo grupo o comunidad, es decir,

las dinámicas de influencia y ayuda mutua entre sus miembros.

Una de las principales potencialidades del apoyo entre iguales es su capacidad para generar proximidad. En este caso, se trata de un tipo de proximidad “existencial”, fundamentada en la capacidad para generar empatía, confianza y adaptación que aporta el que la persona que apoya y la apoyada tengan o hayan tenido características, vivencias y dificultades comunes. A partir de la generación de este tipo de proximidad, el apoyo entre iguales puede ser capaz de influir en la adquisición de nuevos conocimientos, en la modificación de actitudes y en el fortalecimiento o la creación de nuevas capacidades.

El apoyo entre iguales es un concepto “paraguas” que recoge muy diferentes enfoques, metodologías y estrategias: grupos de ayuda mutua, educación entre iguales, grupos de interés, peer worker. Describiremos a continuación aquellos que cuentan con mayores posibilidades para la intervención sociosanitaria con la comunidad gitana.

4.4.1.1. Los grupos de interés o presión (el asociacionismo).

Los grupos de interés o presión, que suelen utilizar la figura jurídica de asociación o fundación, están constituidos por personas voluntarias, pero también pueden realizar contrataciones para desarrollar determinados servicios que benefician a las personas que representan. En este tipo de grupos pueden participar también personas no afectadas por el fenómeno abordado desde el grupo de interés o presión (como activistas, como voluntariado o como personal contratado).

Las actividades tradicionales de los grupos de interés o presión son las siguientes:

- Influir en la imagen social que se tiene sobre el colectivo que representan.
- Influir en el diseño de las políticas que se desarrollan para atender sus necesidades.

⁴⁷.- Ver apartado 4.1.2.

- Denunciar situaciones de discriminación que sufre su colectivo.
- Defender los derechos de su colectivo en el uso de los servicios públicos.
- Representar a su colectivo ante la sociedad.

En muchas ocasiones, y no únicamente en el caso de la comunidad gitana, este tipo de asociaciones surgen por iniciativa de personas sensibilizadas por la temática, siendo débil la participación y protagonismo de las personas directamente afectadas, que fundamentalmente asumen el rol de usuarias de los servicios ofrecidos y beneficiarias de las acciones emprendidas. Esa realidad responde a dificultades reales de autoorganización por parte de colectivos especialmente excluidos, pero también está vinculada con los estigmas sociales que soportan estas poblaciones y con la extendida representación que las identifica como incapaces de responsabilizarse y defender sus derechos.

Desde *Equi-Sastipen-Rroma* se apuesta claramente por la implicación del asociacionismo gitano en los programas dirigidos a promover la salud de la comunidad gitana. Consideramos que las asociaciones gitanas son una herramienta muy importante para lograr la adaptación de los programas, para facilitar el acceso a la población y para lograr la participación de la población gitana en sus propios procesos de desarrollo⁴⁸.

4.4.1.2. La educación entre iguales.

Podríamos decir que la educación entre iguales es la acción de una minoría de representantes de un grupo o población, que intentan activamente informar, influir, formar,... a la mayoría de ese mismo grupo o población, en un tema para el que se han capacitado (Svenson et al., 1998). Se trata de una metodología muy aplicada en el ámbito de la educación, pero también en el campo de la salud pública. Se han registrado muchas experiencias de educación entre iguales en pla-

nes de alfabetización, en programas de prevención de la violencia en el ámbito escolar, en prevención del uso problemático de drogas, en planificación familiar, en prevención del VIH/SIDA, o en educación para la salud.

En la literatura científica se destacan algunas importantes potencialidades que poseen los programas que cuentan con la participación de iguales como agentes educativos (ONU, 2000):

- Mejorar el acceso. Los y las agentes de educación entre iguales tienen acceso físico y cultural a la población destinataria en su entorno natural y sin llamar la atención. Esto es especialmente importante cuando se trabaja con poblaciones de difícil acceso.
- Comunicación. Los y las agentes de educación entre iguales son comunicadores eficaces y creíbles. Tienen un conocimiento profundo de la población destinataria y utilizan unos códigos comunicativos adaptados.
- Identificación. Los y las agentes de educación entre iguales son un ejemplo de conducta para fomentar la adopción de comportamientos preventivos.
- Naturaleza participativa. La educación entre iguales facilita la participación de la población beneficiaria en el programa.
- Formación. Es una estrategia formativa, tanto para el personal educador como para la población destinataria.
- Eficacia y eficiencia. La educación entre iguales es eficaz y eficiente en el fomento de comportamientos preventivos.

La filosofía originaria de esta metodología contempla que la acción de los y las agentes de la educación entre iguales sea voluntaria. La formación que adquieren, el incremento en su autoestima, o su satisfacción al ser útiles para sus pares, se convierten en incentivos suficientes para su participación en estas acciones. No obstante, en

48.- En el apartado 4.5.4. profundizaremos en torno al papel de las asociaciones gitanas como espacio de participación.

algunas experiencias se contemplan otro tipo de incentivos o compensaciones, como la organización de actividades de tiempo libre, la entrega de algún tipo de regalo o la compensación económica por los posibles gastos ocasionados (en desplazamientos, por ejemplo). Incluso en alguna experiencia se incorpora una compensación económica por la labor realizada como agente de educación entre iguales. Al respecto existe cierta polémica, principalmente por el temor a que pueda convertirse en la única motivación para participar y pervierta de esta forma la relación entre los y las agentes de educación entre iguales y sus pares.

Como ejemplo de educación entre iguales desde el asociacionismo gitano, podemos mencionar la experiencia “Bola de Nieve” desarrollada por la asociación UNGA de Asturias. Se trata de una metodología iniciada a principios de la década de los 90 por la organización belga Modus Vivendi. Posteriormente, y gracias al impulso de la Comisión Europea, la metodología fue extendida a otros países europeos. En el Estado Español ha sido desarrollada fundamentalmente, desde el año 1998, por el Grupo GID (actualmente denominado Fundación Atenea). El método “Bola de Nieve” consiste básicamente en seleccionar a un grupo de personas usuarias de drogas para que informen sobre salud y riesgos del consumo a sus pares. Se dirige principalmente a aquellas personas usuarias de drogas más vulnerables y alejadas de los recursos sociosanitarios. El proceso tipo para el desarrollo de una “operación Bola de Nieve” es el siguiente (García Lalinde et al, 2004):

- Análisis de la realidad. Se analizan los problemas de salud del colectivo de personas consumidoras de drogas con el que se quiere contactar. A partir de este análisis se decide qué información se quiere transmitir.
- Selección de personas candidatas a convertirse en educadores-as de iguales. Se

contacta con personas consumidoras de drogas en activo que procedan del colectivo al que se quiere acceder (comunidad gitana, en el caso de la experiencia de UNGA) o que tengan fácil acceso a la población diana.

- Formación. Las personas seleccionadas son formadas, incidiendo especialmente en la capacitación sobre aquellos contenidos preventivos y de reducción de daños que se han considerado prioritarios en el análisis de la realidad.
- Acciones de educación entre iguales. Las acciones son muy variadas, dependiendo del colectivo con el que se esté trabajando. Las acciones fundamentales son las siguientes: contactar con sus pares para transmitirles informaciones preventivas y de reducción de daños; encuestar a sus pares para recoger información sobre sus hábitos, riesgos, conocimientos, etc.; informar a sus pares sobre recursos comunitarios; participar en la elaboración adaptada de folletos, carteles y otros materiales informativos; etc.

Entre iguales



4.4.1.3. Peer Worker⁴⁹.

Este último enfoque supone la profesionalización del apoyo entre iguales, es decir, la contratación de iguales como miembros de los equipos de intervención. En nuestro contexto este enfoque está siendo aplicado principalmente en la intervención con población inmigrante y con la comunidad gitana, donde suelen ser denominados mediadores interculturales. Sin embargo, desde nuestro modelo, preferimos la denominación de agentes de salud, para clarificar que este tipo de profesionales desarrollan otras metodologías y cumplen otras funciones además de la mediación en sentido estricto.

En Estados Unidos, donde desde hace más de veinte años se desarrollan experiencias de este tipo, se han realizado diferentes estudios y evaluaciones para analizar su contribución e impacto. En la bibliografía publicada se distinguen tres contribuciones o aportaciones que produce la contratación de iguales en un equipo (Davidson et al., 2012):

- Infundir esperanza a través del propio testimonio sobre la evolución vital y profesional del peer worker.
- Aportar su conocimiento experiencial. El peer worker puede aportar, desde los “saberes no académicos”, sus conocimientos prácticos sobre autocuidado de la enfermedad, sobre cómo afrontar los problemas de la vida cotidiana o la discriminación, o sobre cómo desenvolverse en los laberintos de los servicios públicos.
- En tercer lugar, y como elemento que determina los dos anteriores, la proximidad existencial facilita que el peer worker pueda construir un estilo de relación caracterizado por la confianza, la aceptación, la comprensión y la empatía.

Añadimos otra potencialidad relevante de esta modalidad del apoyo entre iguales: su capacidad

para transformar las visiones profesionales y sociales. La experiencia que la convivencia con un peer worker aporta a los y las profesionales es de gran interés a nivel actitudinal, ya que incrementa la sensibilización hacia el colectivo y contribuye a reducir estereotipos. Además, su presencia permite enriquecer la mirada comprensiva del equipo. Lo mismo podríamos decir a nivel social, ya que la existencia de peer worker contradice la extendida imagen social que relaciona a estos colectivos con la pasividad y la incapacidad.

¿Qué estrategias se deben poner en marcha para facilitar la eficacia en la incorporación de peer worker en un equipo?

- ⇒ Implicar a todos los sectores de la organización en la decisión y en el diseño del procedimiento para aplicarla. La incorporación de peer worker supone un cambio cultural en la organización, ya que implica una transformación en la forma de ver a la población diana. En ese sentido, es fundamental planificar cuidadosamente este cambio cultural.
- ⇒ Clara descripción del puesto y del procedimiento de selección. En la definición de las funciones, es importante que no se limiten a tareas auxiliares, a labores que los y las profesionales tradicionales no tienen tiempo para realizar. Se debe hacer un esfuerzo por asignarles funciones en las que se puedan aprovechar las potencialidades vinculadas a su proximidad existencial y a su capacitación específica.
- ⇒ Formación. Es fundamental que cuenten con un espacio inicial y permanente de formación.
- ⇒ Formación del resto de miembros del equipo. Insistiendo de nuevo en el cambio cultural que implica la incorporación de peer worker, es preciso generar espacios de reflexión y formación para el equipo. En estos espacios se deben trabajar las potencialidades, límites y riesgos de esta figura,

49.- Término en inglés que podría ser traducido como profesional que trabaja con sus iguales.

además de las pautas para incorporar sus aportaciones al trabajo interdisciplinar del equipo, y también las expectativas, miedos y prejuicios de los y las profesionales tradicionales ante la nueva figura.

- ⇒ Aceptación. Para poder realizar su labor, el peer worker debe ser reconocido y aceptado por la población usuaria, pero también por el resto de miembros del equipo y la organización. Las claves para lograrlo ya han ido siendo referidas: la selección, en la que se debe cuidar que el perfil facilite la proximidad existencial con la población diana; la formación del peer worker, para que sepa construir adecuadamente la proximidad con la población diana; la formación del resto del equipo, para que acepte, valore y “utilice” adecuadamente esta figura.
- ⇒ Supervisión. Es importante que cuenten en la organización con alguna figura de referencia para resolver dudas o conflictos, así como con un espacio grupal de supervisión (tanto específico para peer worker como compartido con el resto del equipo).
- ⇒ Proyección externa. Para lograr que la experiencia también tenga repercusiones en las representaciones sociales, es fundamental que se difundan los casos exitosos de incorporación de peer worker a los equipos.

Como ejemplo de la inclusión de esta estrategia en el ámbito de la intervención en salud con la comunidad gitana, podemos mencionar el caso de Navarra. En esta Comunidad existe desde el año 1987 la experiencia del denominado “Programa de promoción de salud de la comunidad gitana”, financiado por el Instituto de Salud Pública y gestionado en colaboración con la Federación Gaz Kalo y otras asociaciones gitanas de Navarra. Este programa trabaja con una metodología sustentada en seleccionar, formar y contratar a personas gitanas como agentes de salud en su

comunidad. Actualmente existen 10 personas gitanas contratadas para trabajar en diferentes zonas básicas de salud de Navarra. A destacar que el programa está integrado en la cartera de servicios complementaria de la Comunidad Foral⁵⁰.

Programa Salud Navarra



4.4.2. La mediación.

El concepto de mediación está presente desde hace muchos años en el ámbito del trabajo con la comunidad gitana. Mediación implica la existencia de realidades conflictivas, pero también de personas, grupos o comunidades que precisan apoyo para mejorar sus relaciones. En ese sentido, es perfectamente aplicable a la realidad de la comunidad gitana y a su encuentro con la sociedad mayoritaria.

Existen diferentes modalidades de mediación, pero la que mejor se adapta a la intervención sociosanitaria con la comunidad gitana es la mediación social intercultural. Según Giménez (1997) la mediación social intercultural es *“una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de los conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados.”*

50.- En el Anexo 3 se presenta este programa.

El mismo autor nos plantea una serie de principios que deben regular la acción de la mediación intercultural (Giménez, 2002).

- ⇒ La persona mediadora debe salir al encuentro para prevenir conflictos y buscar oportunidades que mejoren la convivencia.
- ⇒ La escucha activa.
- ⇒ La actitud de apertura hacia todas las partes.
- ⇒ El distanciamiento metodológico⁵¹.
- ⇒ La claridad en su papel de puente hacia el acceso a los recursos o la resolución de conflictos. No es un gestor o una gestora de recursos.
- ⇒ La complementariedad con otras figuras profesionales.
- ⇒ No ocultar los conflictos.

También debemos tener en cuenta las funciones de la figura mediadora intercultural (Bermudez et al., 2000).

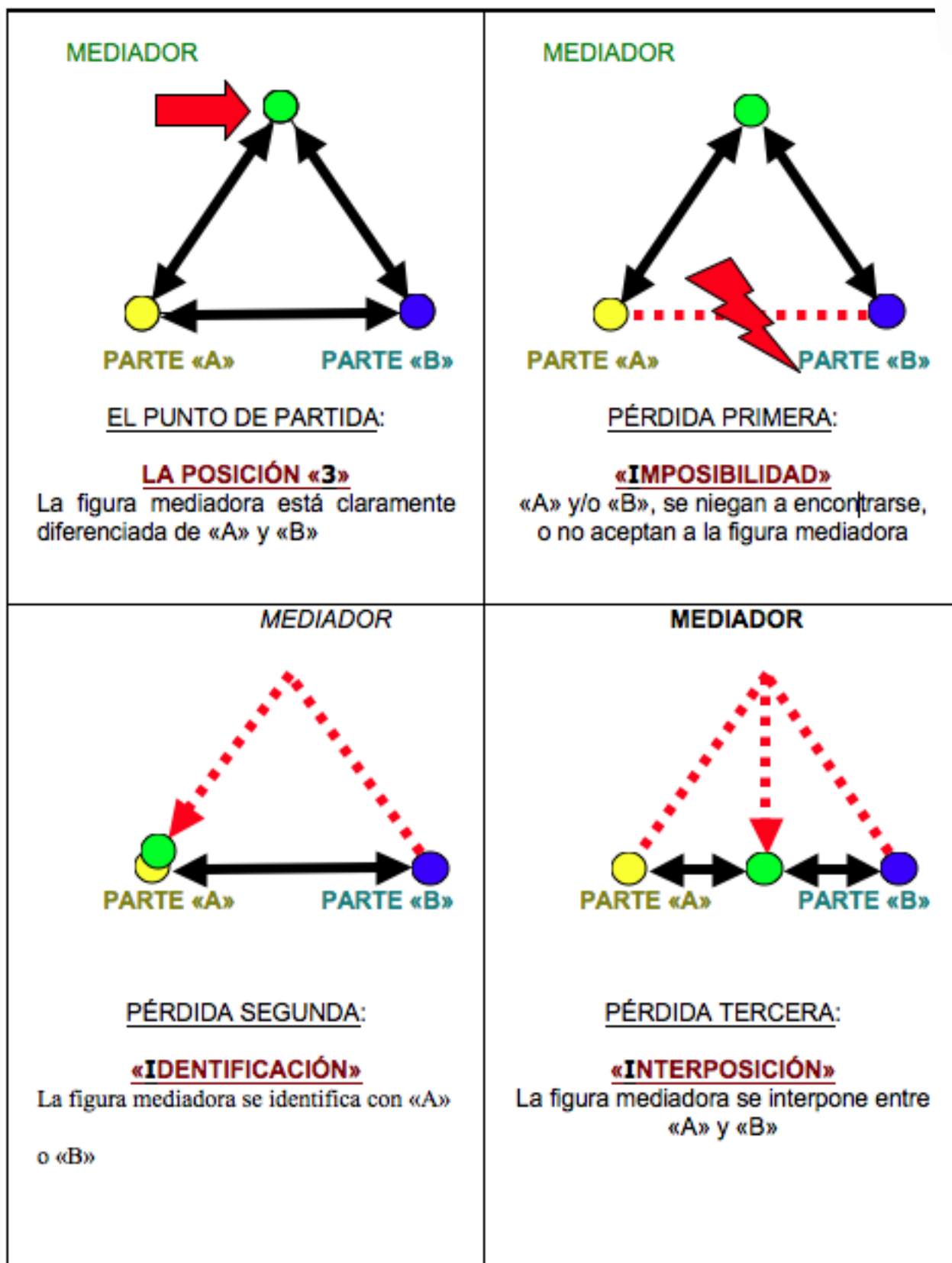
- ⇒ Facilitar la comunicación entre profesionales de atención y personas usuarias de origen cultural diverso.
- ⇒ Asesorar a las personas usuarias en su relación con profesionales y servicios públicos/privados de atención.
- ⇒ Asesorar a profesionales en su relación con usuarios culturalmente diferentes, para lograr así una atención adecuada a las necesidades e intereses de éstos.
- ⇒ Promover el acceso a los servicios y una atención a la población inmigrada en igualdad de condiciones que las demás personas.
- ⇒ Apoyo personal a las personas usuarias.
- ⇒ Dinamización comunitaria.

Uno de los aspectos más complejos de la mediación consiste en lograr lo que anteriormente definíamos como distanciamiento metodológico, o lo que podríamos denominar el posicionamiento adecuado de la persona mediadora entre las partes. Este posicionamiento adecuado suele ser representado gráficamente a través de un triángulo. En la medida en que el triángulo se mantiene intacto, la mediación puede producirse. De hecho, podríamos decir que el proceso de mediación comienza por la construcción de un espacio triangular en el que la figura mediadora ocupa una posición claramente diferenciada de las otras dos partes. Pero ¿en qué casos puede desaparecer la figura triangular?

- ⇒ Por imposibilidad, debido a que las dos partes, o una de ellas, no quieren encontrarse o no aceptan a la figura mediadora. En este caso se puede realizar una labor pre-mediadora con cada una de las partes por separado, pero sin olvidar que el objetivo final debe ser el encuentro entre ambas.
- ⇒ Por identificación, debido a que la figura mediadora se identifica o apoya a una de las partes respecto a la otra. En este caso la figura mediadora en realidad lo que estaría haciendo es participar en un proceso de negociación o directamente de confrontación.
- ⇒ Por interposición, debido a que la figura mediadora se convierte realmente en intermediaria, en correa de transmisión entre las partes, pero obstaculizando realmente el encuentro autónomo entre las mismas y convirtiendo en imprescindible su presencia.

En la siguiente figura se representan de una manera muy clara las tres posiciones en las que se pierde la posición mediadora.

51.- Aclaremos este concepto al final del apartado.



Desde hace años existen en las asociaciones gitanas personas contratadas como mediadores o mediadoras, algunas de ellas en programas específicos de salud. Sin embargo, y desde nuestro punto de vista, sus funciones y actuaciones exceden a las específicamente vinculadas con la mediación. En realidad, la mayor parte de su labor consiste en trabajar con población gitana, con unas funciones más vinculadas a la educación entre iguales profesionalizada⁵² que a la mediación. Más bien diríamos que una de las debilidades consiste en que, a pesar del nombre de su puesto, no realizan suficientes acciones específicas de mediación. Desde nuestra propuesta, este tipo de profesionales deberían tener otra denominación (agentes de salud) e incorporar de una manera más clara e intensa la mediación a sus funciones, para lo que deberían mejorar su formación al respecto.

4.4.3. La competencia intercultural.

El concepto de competencia cultural surge en la literatura científica a finales de la década de los 70. Aparece en Estados Unidos e Inglaterra como respuesta a la percepción de dificultades en el encuentro entre la población inmigrante y los diferentes sistemas de prestación de servicios. No obstante, su mayor desarrollo se ha producido en el ámbito sanitario estadounidense. En ese contexto, uno de los conceptos que se han manejado ha sido el siguiente: “La competencia cultural es la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros” (Lillo et al., 2004). Otros autores (Osorio-Merchan y Lucero, 2008) incluyen en el concepto la responsabilidad del o de la profesional en la defensa de las personas menos favorecidas y en su empoderamiento para que puedan participar en la definición de sus procesos de desarrollo y en la defensa de sus derechos. Asimismo, MSPSI (2011) apuesta por añadir al concepto “cultural” el prefijo “inter”, para resaltar la idea del encuentro y la interrelación entre dos culturas o cosmovisiones.

Habitualmente se considera que la competencia intercultural consiste únicamente en la incorporación de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades en los y las profesionales. Podemos denominar a ese tipo de competencia como competencia intercultural profesional. Así, también podemos hablar de la competencia intercultural institucional. En este segundo caso, la competencia intercultural consiste en que las instituciones (un centro de salud, un centro de servicios sociales, una asociación, un hospital, etc.) incorporen diferentes medidas que faciliten el acceso y la atención de calidad a las personas de culturas diversas.

4.4.3.1. Competencia intercultural institucional.

En este apartado describiremos los procesos que consideramos prioritarios para el desarrollo de la competencia intercultural en una institución, es decir, en un hospital, en un centro de salud o, incluso, en una asociación gitana.

Parte de los procesos de competencia intercultural institucional que hemos seleccionado están estrechamente relacionados con estrategias descritas anteriormente (grupos de interés y presión, mediación, educación entre iguales, etc.). Por otro lado, su aplicación puede servir para mejorar la atención a cualquier tipo de persona o grupo culturalmente diverso, aunque haremos alguna referencia específica al caso de la comunidad gitana.

Competencia intercultural institucional



52.- Lo que en este texto hemos denominado *Peer Worker*.

- ✓ Selección de personal y composición de los equipos.

Una institución contará con mayor competencia intercultural si en su equipo se integran profesionales que representen las distintas identidades culturales que conforman su población objetivo.

Este proceso de competencia intercultural institucional guarda una estrecha relación con la estrategia de apoyo entre iguales⁵³. Disponer de “iguales” en el equipo (peer worker, según la terminología empleada en el apartado 4.4.1.), o contar con una alianza con grupos de interés o asociaciones, permite que la institución mejore la intensidad y calidad de su proximidad a la población objetivo, con lo que se puede mejorar la cobertura, incrementar la integralidad de los diagnósticos y de los planes de tratamiento, aumentar la identificación de las personas usuarias con el tratamiento y mejorar los resultados.

Como ejemplo del impacto de la inclusión de este tipo de medidas, señalaremos a continuación algunas opiniones que profesionales sociosanitarios de Navarra aportan sobre el “Programa de promoción de salud de la comunidad gitana”⁵⁴. Recordemos que, desde este programa, se contrata a personas gitanas para trabajar como agentes de salud en estrecha colaboración con los recursos sociosanitarios.

Si, el programa de minorías étnicas, pues ha tenido la virtud de tener a una persona siempre de etnia gitana que ha sido el enlace y que ha propiciado... bueno, pues hemos hecho una labor de normalización y adaptación,... E4⁵⁵

Un elemento que ha disminuido el miedo al encuentro entre la comunidad gitana y el personal sanitario ha sido la existencia de las agentes comunitarias. Tanto el personal sanitario como los gitanos

y las gitanas saben que tienen a su disposición a estos profesionales. E6⁵⁶

Es necesario prevenir algunas perversiones que pueden surgir en la aplicación de estas metodologías de apoyo entre iguales. En el caso de la intervención con la comunidad gitana, es preciso que estas estrategias no supongan un distanciamiento del personal sociosanitario respecto de la población gitana, que no contemplen al agente de salud como un sustituto o un delegado al que “envían” para trabajar con los gitanos y las gitanas. Más bien al contrario, a través de estas estrategias de apoyo entre iguales y mediación se debe facilitar precisamente el acercamiento, el encuentro entre el personal sanitario y la población gitana, tal y como se refleja en la siguiente cita literal de un profesional sociosanitario de Navarra.

En todo lo que ha organizado la agente comunitaria han participado pediatras, han participado enfermeras, MIR,... a lo largo de los años. Eso, pues ha creado un cierto acercamiento que siempre es bueno para... de cara a las desconfianzas y todo eso mutuas que se pueden tener entre comunidad gitana y profesionales sanitarios. E4.⁵⁷

- ✓ Formación del equipo.

El tipo de formación que se propone no debe estar centrada en la presentación de contenidos sobre una o varias identidades culturales en concreto, sino orientado a desarrollar competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales que permitan mejorar la calidad de la atención a todo tipo de personas usuarias, sean cuales sean sus identidades culturales.

Ahora es fundamental... no podemos conocer todas las culturas, pero si las respetáramos sería más fácil. Intentar descubrir la persona que tienes delante, lo que te está intentando transmitir y cómo vive ella su salud, su enfermedad, su educación, me da lo mismo, su trabajo, su relación con sus compañeros... Más que conocimientos es esta actitud, por-

53.- Ver apartado 4.4.1.

54.- En el Anexo 3 se incluye una descripción de la experiencia de este programa.

55.- Entrevista a profesional sociosanitario.

56.- Entrevista a profesional sociosanitario.

57.- Entrevista a profesional sociosanitario.

que no podemos conocer las características de cada cultura. E6⁵⁸.

Fernández et al. (2011) sugieren algunos contenidos que deberían ser contemplados en esta formación: “aspectos relacionados con la cultura, como podrían ser la propia concepción de la salud o la enfermedad, las variaciones en la forma de expresar los síntomas, las atribuciones de los mismos, la reflexión acerca de los referentes culturales del modelo biomédico occidental, el estudio de los posibles factores psicosociales relacionados con la salud, las diferentes maneras de buscar cuidados sanitarios,... la exploración de las preconcepciones culturales y étnicas de uno mismo” (MSPSI, 2011). Estos contenidos deben incluirse en los distintos niveles de formación:

- Formación inicial o pregrado...
- Formación especializada o de postgrado...
- Formación continuada: en las ofertas formativas de las administraciones públicas y las ONGs,s.
- ✓ Actuaciones específicas versus actuaciones generales.

La tendencia de los programas debe ser la normalización, es decir, que la comunidad gitana pueda ser atendida por los mismos profesionales y en los mismos recursos que el resto de la población. Si en algún caso es preciso poner en marcha intervenciones de carácter específico (dirigidas exclusivamente a la población gitana), desde nuestro punto de vista éstas deben ser consideradas medidas temporales orientadas a preparar la incorporación posterior de la población a espacios no específicos (siempre y cuando estos espacios generales sean diseñados teniendo en cuenta la multiculturalidad y los y las profesionales cuenten con las competencias interculturales a las que nos referiremos más adelante)

Un ejemplo de intervención específica consistiría en el diseño de materiales didácticos adaptados. Las campañas institucionales, en general,

no suelen lograr que determinados sectores de la comunidad gitana se sientan identificados con ellas, por lo que es necesario diseñar algunas iniciativas (complementarias de las campañas dirigidas a toda la población) que sean significativas para la población gitana. La participación de gitanos y gitanas en el diseño de estas campañas y materiales didácticos sería un claro ejemplo de buena práctica.

- ✓ Detección-atención proactiva y adaptada de necesidades.

Cuando se trabaja con minorías culturales es importante que las instituciones asuman una actitud proactiva y adaptada en la detección de necesidades y en la atención a las mismas. De otra manera, refugiarse en que se ofrecen los mismos servicios a toda la población “sin discriminación alguna”, en realidad puede conllevar la aparición de desigualdades reales y el mantenimiento de necesidades y problemáticas ocultas para los servicios sociosanitarios.

Una de las estrategias que pueden facilitar esta detección proactiva de necesidades ya ha sido comentada (el apoyo entre iguales⁵⁹), otra estrategia puede ser la alianza con las organizaciones que representan a la minoría cultural (la comunidad gitana en nuestro caso), como comentaré más adelante. Otra de las estrategias consiste en flexibilizar y adaptar los protocolos de atención para poder responder mejor a las necesidades y condicionantes de las personas usuarias. Algunas áreas fundamentales de adaptación pueden ser las siguientes:

- ⇒ La institución debe contar con procedimientos establecidos que le permitan detectar y posteriormente corregir barreras en la accesibilidad (horarias, de ubicación geográfica, de diseño de las infraestructuras, etc.).
- ⇒ La institución debe asegurar de manera proactiva que sus distintas poblaciones objetivo conocen adecuadamente los ser-

58.- Entrevista a profesional sociosanitario.

59.- Ver apartado 4.4.1.

vicios ofrecidos y la manera de acceder a los mismos.

- ⇒ La institución debe disponer de procedimientos que le permitan detectar necesidades específicas de atención presentes en determinados grupos. Tras la detección deben ponerse en marcha mecanismos de adaptación en el tipo de itinerario de atención, en la duración y/o frecuencia de las atenciones, en el tipo de profesionales que atienden, etc.

En ocasiones, la adaptación puede generar dilemas entre las características y necesidades de determinadas personas o grupos, por un lado, y la normativa general de determinado centro o institución, por el otro. En esos casos, la flexibilidad institucional y la negociación surgen como estrategias fundamentales de competencia intercultural.

- ✓ Alianza con la comunidad.

La alianza con la comunidad es una medida imprescindible para lograr la competencia intercultural institucional. En nuestro caso, la participación y protagonismo de la comunidad gitana debe producirse en todas las fases de la planificación (en el diagnóstico, en la definición de objetivos y métodos, en la puesta en marcha y en la evaluación), así como en todos los niveles (en el macro, a la hora de definir las líneas estratégicas, y en el micro, a la hora de concretar esas líneas estratégicas en zonas y con poblaciones concretas) (MSC, 2005).

En cuanto a la interlocución, el asociacionismo gitano debe suponer una de las vías privilegiadas para facilitar la alianza con la comunidad gitana. Sin embargo, no debe ser la única vía, sino que en cada contexto se debe indagar respecto a las interlocuciones más adecuadas para acceder a los diferentes sectores de la población gitana: líderes naturales, líderes religiosos, población usuaria, etc.

- ✓ Modelo participativo para la definición de normas y pautas de funcionamiento.

Hasta el momento, en nuestra sociedad, la definición de las normas y pautas de funcionamiento del sistema sanitario (y del resto de sistemas) ha sido realizada mayoritariamente a partir de la cultura dominante. Sin embargo, y como señala Oriol Romaní (2002) “una intervención sociosanitaria con pretensiones de efectividad tiene que estar de acuerdo, por lo menos hasta cierto nivel, con la visión del mundo de la gente asistida... Precisamente en las sociedades contemporáneas nos encontramos a menudo que la ausencia de estos mundos compartidos dificulta desde las relaciones médico-paciente hasta el desarrollo de los grandes programas sociosanitarios”. En ese sentido, una institución interculturalmente competente es aquella que trabaja desde un modelo participativo que incorpora el conjunto de visiones, necesidades, características y condicionantes de la población con la que trabaja y define con las personas usuarias y otros agentes comunitarios los problemas prioritarios y los criterios de abordaje.

El estigma social que soportan los sectores de la sociedad afectados por la exclusión, y la extendida representación social que les identifica como personas incapaces de responsabilizarse y defender sus derechos, dificulta enormemente el desarrollo de este proceso. En ese sentido, un cambio actitudinal en la institución y sus profesionales es imprescindible para que se pueda producir una participación real de la población usuaria.

En cuanto a la participación de las personas usuarias, Fernández et al. (2011) señalan que “...la participación debería incluirse desde la planificación de las atenciones hasta el control y evaluación de éstas, de modo que la práctica asistencial y de cuidados se aleje de cualquier riesgo de dominación y pasivización de los usuarios”. Asimismo, señalan que “una primera aproximación, actualmente legalmente obligada, consiste en la

recogida y tratamiento de las quejas y reclamaciones... las encuestas de satisfacción y opinión... Un nivel más sofisticado todavía, lo constituyen los grupos focales o foros de participación, de instituciones, informadores clave o usuarios..." (Fernández et al., 2011)⁶⁰.

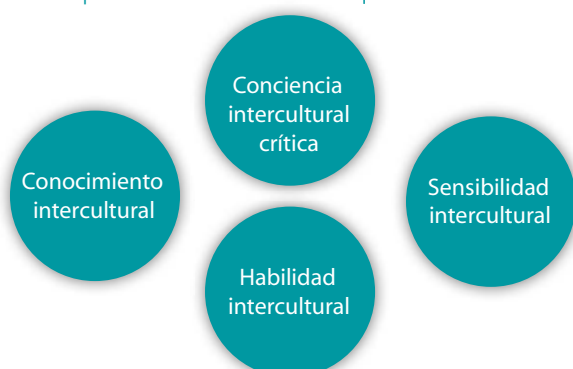
Instituciones competentes interculturalmente



4.4.3.2. Competencia intercultural profesional.

Tal y como se reflejaba en el concepto ya referido de competencia intercultural, ésta integra conocimientos, actitudes y habilidades, es decir, que posee una dimensión cognitiva, una dimensión afectiva y una dimensión instrumental. Por ello, los procesos de competencia intercultural profesional que hemos seleccionado están vinculados con esas tres dimensiones. No obstante, hacemos especial hincapié en la dimensión afectiva o actitudinal.

Competencia intercultural profesional



✓ Conciencia intercultural crítica.

Un o una profesional con competencia intercultural debe tener un alto grado de conciencia respecto a la influencia de los factores culturales en las personas usuarias con las que trabaja, pero también debe reconocerse a sí mismo como un ser cultural. Especialmente relevante resulta el logro de lo que podríamos denominar como autoconciencia cultural. El o la profesional con competencia intercultural debe reconocer sus propios valores, creencias y costumbres, para poder ser consciente de la influencia que tienen en la percepción y la valoración de las creencias, las costumbres y los valores de otras personas o grupos, e incluso en la conformación de prejuicios hacia otras identidades culturales.

✓ Conocimiento intercultural.

La dimensión cognitiva también tiene importancia en el desarrollo de la competencia intercultural. Un o una profesional con competencia intercultural debe tener amplios conocimientos sobre el concepto de cultura y, en este caso, sobre la influencia de los factores culturales en la salud. No obstante, es importante que los conocimientos previos sobre la identidad cultural de un grupo en concreto, no eviten que indagemos en torno a los valores, las creencias, los significados, las costumbres, de cada individuo con el que trabajemos. Recordemos a ese respecto que la cultura es un concepto compartido diferencialmente, por lo que (aún dentro del mismo grupo cultural) cada subgrupo e individuo vive la cultura de forma diferenciada.

✓ Sensibilidad intercultural.

La sensibilidad intercultural forma parte de la dimensión afectiva de la competencia intercultural. De hecho, diferentes autores consideran que los aspectos actitudinales que la conforman constituyen la base de la competencia intercultural (Malik, 2009; Boladeras et al., 2007). Por ejemplo, y refiriéndose al ámbito sanitario, Boladeras et al. (2007) señala que "la investigación en el campo médico indica que, a menudo, el trato

⁶⁰ Volveremos sobre esta cuestión en el apartado 4.5.4.

desigual recibido por individuos pertenecientes a grupos minoritarios no es consecuencia de una falta de conocimiento ni de habilidades, sino de estereotipos o actitudes discriminatorias que los sanitarios muestran con estos pacientes”.

Vilà (2006) afirma que la dimensión afectiva de la competencia intercultural hace “referencia a aquellas capacidades de emitir respuestas emocionales positivas y controlar aquellas emociones que pueden perjudicar el proceso comunicativo intercultural”. Siguiendo en parte sus aportaciones, describiremos a continuación los principales elementos que conforman la sensibilidad intercultural:

- ⇒ Curiosidad, apertura y pasión por el encuentro con el otro diferente.
- ⇒ Interés por aprender en la interacción intercultural.
- ⇒ Sentimiento de comodidad y disfrute ante la interacción intercultural.
- ⇒ Apertura hacia lo inesperado.
- ⇒ Disposición para comprender la perspectiva del otro y, aunque no la comparta, apreciarla y respetarla.
- ⇒ Perspectivismo, es decir, disposición a relativizar los valores, las creencias y las costumbres propias, para cambiar de perspectiva y para introducirse en la perspectiva del otro. En ese sentido, la sensibilidad intercultural implica conciencia intercultural y desarrollo de la capacidad empática.
- ⇒ Disposición a reconstruir permanentemente la propia identidad a partir del contacto intercultural.
- ✓ Habilidad intercultural.

La comunicación es una de las habilidades fundamentales en esta área. Qureshi et al. (2009) plantea que el reto de la comunicación intercultural es doble: “El primero es indirecto, o sea, no se debe a la comunicación en sí, sino a las asunciones más o menos automáticas que el personal

sanitario y el paciente tienen de que no solamente son diferentes, sino que a veces son incompatibles”. En ese sentido, el o la profesional con competencia intercultural debe saber trabajar sus expectativas ante el encuentro con la persona usuaria, desarrollando su habilidad para autoexaminar críticamente sus prejuicios y controlar la influencia de los mismos en la interacción con la persona usuaria. Asimismo, debe considerar las expectativas y prejuicios que la persona usuaria puede tener ante el encuentro con el o la profesional. Para ello, la acogida debe ser cuidada especialmente, desarrollando habilidades de comunicación verbal y no verbal que contribuyan a desactivar posibles expectativas negativas en la persona usuaria. En las siguientes citas literales, que expresan la opinión de profesionales sociosanitarios y personas gitanas, se transmite de una manera clara la importancia de la acogida.

El gitano llega más desde el recelo, de saberse diferente. Nosotros no llegamos así. El trato del gitano es muy cercano. Ese trato cercano lo buscan en todos los sitios. Quizás los payos no lo necesitamos tanto. Ellos valoran quizás cosas más pequeñas que nosotros no percibimos, que no percibimos porque no vamos con ese recelo, con esa desconfianza. E6⁶¹.

La persona gitana se fijaría más en la acogida, en la recepción. Creo que valoran mucho el no sentirse rechazados, que les miran mal o que hay una distancia. Supongo que se sentirían muy satisfechos si el profesional les trata correctamente y hace un esfuerzo de acercamiento y de hacerse entender. E4⁶².

El último ingreso en el hospital alucinante, parecía una clínica de pago, los médicos encima, las enfermeras también,... A mi madre incluso la quieren, que ha hecho amistad, ha sido un trato que parecía una clínica de pago. E8⁶³.

El segundo reto, siguiendo la propuesta de Qureshi et al. (2009) es directo y tiene que ver

61.- Entrevista a profesional sociosanitario.

62.- Entrevista a profesional sociosanitario.

63.- Entrevista a hombre gitano (28 años, casado, con hijos).

con las diferencias en los estilos de comunicación y en las interpretaciones de los significados. En este caso, las competencias son muy diversas:

- ⇒ Capacidad para reconocer y adaptarse a pautas de comunicación diferentes: “expresiones faciales, contacto visual, uso del tacto, el lenguaje corporal y las prácticas de distancia y proximidad” (Osorio-Merchán y Lucero, 2008).
- ⇒ Habilidad para incrementar el conocimiento sobre la identidad cultural de la persona usuaria, sabiendo preguntarle adecuadamente sobre sus creencias, valores y comportamientos.
- ⇒ Habilidad para entender los valores, las creencias y los comportamientos de la persona usuaria, desde su propia perspectiva (recordemos el concepto de perspectivismo analizado anteriormente).
- ⇒ Expectativas adecuadas ante la comunicación intercultural. Capacidad para manejarse en ciertos niveles de ambigüedad y de entendimiento parcial.

Otra habilidad, estrechamente vinculada con la conciencia intercultural y el perspectivismo, es la capacidad de “descentración cultural”. Según Cohen-Emerique (2000) esta habilidad supone “concienciarse de las referencias culturales propias y el poder distanciarse de ellas para lograr relativizar los puntos de vista, para alcanzar cierta neutralidad cultural que no es sinónimo de la negación de la identidad propia, sino que, al contrario, supone un reconocimiento de control sobre la propia identidad”. Por lo tanto, “descentrarse” es una competencia intercultural fundamental pues supone contrastar nuestros puntos de vista con los de otras personas o grupos para poder matizarlos. Cada opinión particular es relativa y tan sólo toma forma verdaderamente tras la interacción con otras personas o grupos. Para comprender al otro hay que observarse a uno mismo y ser capaz de distanciarse del sistema de valores propio para comprenderle desde el suyo. A conti-

nuación reproducimos una cita literal, de una profesional sociosanitaria, en la que se observa un claro esfuerzo por lograr la “descentración cultural”.

Los profesionales carecemos de otros prismas sobre los que valorar... cualquier informe que hacemos creo que está valorado sólo desde nuestro prisma. Carecemos del prisma intercultural que deberíamos tener.... A veces oigo a compañeras y digo, pero cómo pueden hacer esos comentarios tan a la ligera. Pienso, pero intenta ponerte en su lugar. No podemos juzgar a la ligera viendo cómo actuaríamos nosotras desde nuestra preparación, desde nuestra cultura, desde nuestras condiciones, desde nuestras oportunidades. E6⁶⁴.

Competencia intercultural profesional



De manera muy complementaria a ese concepto de “descentración cultural”, Amin Maalouf (1999) nos propone comprender nuestra identidad como un mosaico, sin buscar la esencia que nos define, sino indagando para que afloren todos los componentes de nuestra identidad, sin renunciar a ninguno. Cuanto mejor identificados y definidos tengamos los componentes de nuestra identidad (soy de Madrid, soy el hijo pequeño de una familia numerosa, soy músico, soy padre,...), mayores serán las posibilidades que tendremos para encontrar un vínculo que nos una con la otra persona (que también posee una identidad mosaico). Como señala Maalouf “gracias a cada una de mis pertenencias, tomadas por separado, estoy unido por un cierto paren-

64.- Entrevista a profesional sociosanitario.

tesco a muchos de mis semejantes". Sin embargo, el mosaico identitario no es contradictorio con la idea de la unicidad, sino que más bien la refuerza, ya que "gracias a esos mismos criterios, pero tomados todos juntos, tengo mi identidad propia, que no se confunde con ninguna otra" (Maalouf, 1999)

Otra habilidad relevante consiste en la capacidad de diferenciar aquellos aspectos que tienen relación con la cultura, de otros que puedan estar más vinculados con las características individuales o contextuales específicas de la persona usuaria. A ese respecto, Giménez (2002) propone que una de las claves reside en saber clasificar, analizar y manejar adecuadamente "tres conjuntos de factores o variables: los personales o idiosincrásicos, los situacionales y los culturales". De esta forma, según el mismo autor, se puede "ponderar adecuadamente el peso de lo cultural: exagerarlo nos conduce a explicaciones falsas, a generar más división aún, a una intervención culturalista en definitiva. No darle todo su peso a lo cultural, nos lleva a la insensibilidad, a la falta de reconocimiento de las partes y en definitiva a practicar una intervención etnocentrista".

FICHA 8

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR EL ENCUENTRO ENTRE LA COMUNIDAD GITANA Y EL SISTEMA DE SALUD

1. Apoyo entre iguales. Busca hacer intencional y planificado lo que de manera natural e informal se produce en todo grupo o comunidad: las dinámicas de influencia y ayuda mutua entre sus miembros. Una de sus potencialidades es la capacidad de generar proximidad “existencial”, fundamentada en la capacidad para generar empatía, confianza y adaptación que aporta el que la persona que apoya y la apoyada tengan o hayan tenido características, vivencias y dificultades comunes. El apoyo entre iguales puede desarrollarse a través de diferentes enfoques:
 - ⇒ Grupos de interés o presión (asociaciones). Las asociaciones gitanas son una herramienta muy importante para lograr la adaptación de los programas, para facilitar el acceso a la población y para lograr la participación de la población gitana en sus propios procesos de desarrollo.
 - ⇒ Educación entre iguales. Es la acción de una minoría de representantes de un grupo o población, que intentan activamente informar, influir, formar,... a la mayoría de ese mismo grupo o población, en un tema para el que se han capacitado.
 - ⇒ Peer worker (profesionales que trabajan con sus iguales). Es la profesionalización del apoyo entre iguales, es decir, la contratación de iguales como miembros de los equipos. Sus principales potencialidades son las siguientes: infunden esperanza, aportan conocimiento experiencial, generan proximidad existencial y transforman las visiones profesionales y sociales. La incorporación de peer worker en un equipo supone un cambio cultural organizacional, por lo que es preciso cuidar todo el proceso: implicación de toda la organización en la decisión, clara descripción del puesto, puesta en marcha de un adecuado proceso de selección, formación, supervisión-acompañamiento, etc.
2. Mediación. Implica la existencia de personas, grupos o comunidades que precisan el apoyo “de un tercero” para mejorar sus relaciones. Aunque existen diferentes modalidades de mediación, la más directamente relacionada con el objeto de este manual es la mediación social intercultural. La figura de mediación debe asumir con claridad su papel de puente, para evitar “identificarse” con una de las partes y para no “interponerse” o convertirse en mera intermediaria. En el asociacionismo gitano existen desde hace años personas contratadas como mediadores-as. Sin embargo, desde nuestro punto de vista su labor es más proxima al apoyo entre iguales profesionalizado (peer worker). Nuestra propuesta es que sean denominados agentes de salud e incorporen, de una manera más clara, la mediación social intercultural como una de sus funciones y metodologías de trabajo.
3. Competencia intercultural. Desde nuestro punto de vista, es el enfoque más completo, ya que integra los anteriores y no centra únicamente su atención en los cambios que debe realizar la comunidad gitana, sino también en las transformaciones sociales, institucionales y profesionales que deben desarrollarse para facilitar un constructivo encuentro intercultural. Es la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros. Puede ser profesional, institucional o estructural (social). Desde nuestro punto de vista, la mayor o menor competencia

intercultural de una institución “se juega” en los siguientes procesos: selección de personal y composición de los equipos, formación del personal, el equilibrio entre actuaciones específicas versus actuaciones generales, la detección-atención proactiva y adaptada de necesidades, la alianza con la comunidad y el modelo participativo para la definición de normas y pautas de funcionamiento. En cuanto a la competencia intercultural de un o una profesional, está vinculada fundamentalmente a los siguientes procesos: conciencia intercultural crítica, conocimiento intercultural, sensibilidad intercultural y habilidad intercultural.

4.5. Asignatura 5.

PROMOCIÓN DE LA SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA.

De acuerdo con los planteamientos de la OMS (1998), consideramos que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas, los grupos y las comunidades, ejercer control sobre los determinantes sociales de la salud⁶⁵, pudiendo de esta manera lograr mejoras en su salud. La promoción de la salud no tiene que ver únicamente con la mejora en las competencias personales para el control de la salud y el adecuado uso de los servicios sanitarios, sino que también está relacionada con la mejora de las condiciones sociales, ambientales y económicas, así como con la mejora de los servicios sanitarios y de las demás políticas públicas.

Como se puede observar en la definición aportada, la participación y el empoderamiento son conceptos estrechamente vinculados con la promoción de la salud. Se trata de lograr que las propias personas, grupos y comunidades, incrementen y fortalezcan sus competencias de control sobre los determinantes sociales de la salud. En el caso del Pueblo Gitano, el asociacionismo se convierte entonces en una herramienta insustituible para la promoción de la salud. Las asociaciones gitanas desarrollan tradicionalmente actuaciones dirigidas a mejorar las condiciones socioeconómicas y del entorno. Además de mantener y reforzar esas funciones tan relevantes, se trataría de incorporar otros objetivos y líneas de actuación relacionadas con la educación para la salud, el acompañamiento sociosanitario, el fomento de la participación y el desarrollo de la intersectorialidad. En el desarrollo de todas estas líneas de actuación pueden y deben ser incorporadas las estrategias presentadas en el anterior apartado (4.4.). Por ejemplo, la educación para la salud puede ser aplicada por peer worker, la mediación social intercultural puede ser una de las metodologías de intervención empleadas en un proceso de acompañamiento sociosanitario, mientras que la competencia intercultural debe ser un elemento transversal a todas las líneas de actuación que desarrollaremos a continuación.

4.5.1. Educación para la salud con la comunidad gitana.

La educación para la salud es una de las herramientas que deben ser utilizadas para la promoción de la salud. Comprende un conjunto de actuaciones que van más allá de la transmisión de información sanitaria. En la educación para la salud se proponen intervenciones variadas y complementarias que contribuyan a:

- ⇒ Aumentar la información y la concienciación sobre los riesgos para la salud y los métodos eficaces para reducirlos.
- ⇒ Fomentar actitudes, creencias e intenciones positivas hacia las conductas saludables.
- ⇒ Proporcionar recursos, habilidades personales y entrenamiento para que el individuo tome decisiones informadas y emprenda cambios que faciliten las conductas saludables y la reducción de riesgos.
- ⇒ Ofrecer alternativas a las conductas de riesgo, que sean factibles y satisfactorias (Insúa, 1999).

En definitiva, se trata de desarrollar actuaciones que tengan en cuenta tres ejes complementarios:

- ⇒ La información, o competencia cognitiva.
- ⇒ Las actitudes, o competencias actitudinales.
- ⇒ Las habilidades, o competencias procedimentales.

Salud y comunidad gitana



65.- Ver concepto de determinante social de la salud en apartado 4.2.1.

4.5.1.1. Ejes imprescindibles en la educación para la salud.

- ✓ La información.

Aunque insistimos en que la información no es el único elemento que se debe tener en cuenta en la educación para la salud, indudablemente tiene influencia en los comportamientos de los individuos, los grupos y las comunidades.

Según diferentes autores (García L., 2004; Arza, 2006), para que la transmisión de la información sea eficaz, debemos tener en cuenta los siguientes criterios.

- ⇒ Prestigio y credibilidad de la persona emisora (utilizar agentes de salud adecuados).
- ⇒ Credibilidad de la propia información (utilizar fuentes adecuadas).
- ⇒ Partir siempre de la experiencia del grupo o la persona. Se debe vincular la información con aspectos relacionados con sus experiencias, sus sentimientos, sus valores y sus estilos de vida.
- ⇒ Que se contemplen las distintas dimensiones del fenómeno que vayamos a abordar (la complejidad).
- ⇒ Dar oportunidad al grupo o a la persona para expresar la información que posee. Debemos recordar que nuestra población destinataria tiene ya muchos conocimientos sobre los temas que vamos a tratar.
- ⇒ Escuchar, no sólo lo que ya saben, sino también los factores que influyen en su comportamiento, la manera en la que viven,... Este tipo de escucha nos puede ayudar a que nuestros mensajes preventivos sean más realistas, pues muchas veces por desconocimiento recomendamos cosas imposibles o difíciles de llevar a la práctica en el contexto de la población diana.
- ⇒ Ser conscientes de que una misma información puede significar cosas diferentes para cada persona. Por ello, una vez que

hemos transmitido una información, debemos observar, escuchar, cómo la ha entendido cada una de las personas destinatarias.

- ⇒ No debe ser manipulativa. No pretendemos convencer a otras personas aportando una información sesgada por nuestros propios valores, historia personal o circunstancias. Proporcionar distintos puntos de vista sobre un tema, evita que se ofrezca la imagen de manipulación.
- ⇒ Debe fomentar la observación y la autoobservación, así como facilitar el análisis crítico y la evaluación.
- ⇒ La información debe ser transmitida de manera horizontal y bidireccional. Por ello, se debe fomentar la participación, empleando técnicas interactivas para estimular la búsqueda activa de los conocimientos y su elaboración personal.
- ✓ La importancia de las actitudes y los valores.

Todas las cuestiones relacionadas con la salud y los estilos de vida están fuertemente vinculadas a las actitudes, valores y creencias de las personas.

Para trabajar las actitudes y valores, uno de los modelos teóricos más utilizados es "La teoría de la acción razonada" (Fishbein y Ajzen, 1980). Desde este modelo se distingue entre dos tipos de creencias (Escamez et al., 1993):

- ⇒ Creencias conductuales. El convencimiento del sujeto, a partir de la información que posee, de que una conducta determinada tendrá un resultado positivo o negativo para él o ella.
- ⇒ Creencias normativas. El convencimiento que tiene el sujeto de que determinadas personas o instituciones, importantes para él o ella, esperan que realice o no determinada conducta.

Las creencias conductuales dan lugar a las actitudes, mientras que las creencias normativas conducen a las normas subjetivas. Del balance que el sujeto hace entre ambas, surge la intención, y de la interacción de ésta con otros factores, la conducta. Por lo tanto, podríamos decir que:

- ⇒ Las actitudes se generan a partir de la información que posee el sujeto (que puede ser errónea o deformada y transmitida culturalmente sin apenas cuestionamiento).
- ⇒ Las normas subjetivas se refieren a la presión social percibida por el sujeto acerca de cuál es la conducta deseable o correcta en su entorno significativo.
- ⇒ La presión social percibida puede entrar en contradicción o no con las actitudes del sujeto.

Desde nuestro punto de vista, el concepto de autoeficacia (propuesto desde el modelo de aprendizaje social⁶⁶) complementa perfectamente las aportaciones de la teoría de la acción razonada. Al hablar de percepción de autoeficacia nos referimos a las creencias que una persona tiene sobre sus capacidades, sobre sus posibilidades de ser eficaz ante una situación específica (por ejemplo: ante la posibilidad de cambiar sus hábitos alimenticios; o ante la posibilidad de resistir el rechazo de su entorno a su decisión de no consumir drogas). La expectativa de autoeficacia guarda una estrecha relación con la percepción que el individuo tiene sobre su capacidad de control de las situaciones (lo que percibe que está “bajo su control” y lo que percibe que está “fuera de su control”). Desde algunos modelos teóricos se considera que este elemento tiene una gran influencia en la adopción de una postura ante un comportamiento, e interactúa claramente con las actitudes y las normas subjetivas.

- ✓ Desarrollo de habilidades y cambio de hábitos.

Cambiar de hábitos es difícil. Esta resistencia al cambio no es exclusiva de poblaciones en situación de exclusión o vulnerabilidad, sino que es característica del ser humano en general. Pensemos si no en las dificultades que muchas personas tienen para abandonar o reducir el consumo de tabaco, seguir una dieta equilibrada o hacer ejercicio de manera regular.

Podríamos decir que, para hacer posible el cambio de hábitos y conductas, debemos:

- ⇒ Proporcionar información adecuada.
- ⇒ Influir sobre las actitudes y los valores vinculados al cambio que queremos propiciar.
- ⇒ Entrenar la práctica de los nuevos hábitos.
- ⇒ Influir sobre las condiciones contextuales que faciliten ese cambio.

Los dos primeros aspectos ya han sido abordados anteriormente. En estos momentos vamos a aportar algunas ideas sobre los dos últimos.

El comportamiento preventivo (por ejemplo, el ejercicio físico o cambiar de dieta), en muchas ocasiones demora la obtención de placer inmediato, mientras que los daños que pretende evitar son sólo probables y, a veces, a largo plazo. Esta es una de las causas que dificultan la adopción de hábitos preventivos, y debemos tenerla en cuenta.

Por otro lado, no sólo es importante que las personas sepan lo que hay que hacer, sino cómo hacerlo. Tenemos, por tanto, que facilitar el entrenamiento de los hábitos preventivos (por ejemplo, elaborar una dieta equilibrada, resistirse ante la presión de grupo, relajarse, etc.).

Sin embargo, en muchas ocasiones la conducta ideal no es posible. Por eso es necesario contar con un abanico de opciones. Si estas opciones son construidas contando con la participación del propio colectivo, más adaptadas estarán a su

66.- Ver apartado 4.4.1.

realidad y mejor serán interiorizadas por ellos y ellas.

Asimismo, debemos recordar que, por mucho que mejoremos la información, las actitudes y valores, o el entrenamiento en hábitos preventivos, de poco servirá si el contexto no facilita las opciones saludables. Por ello, es necesario que las intervenciones sobre salud estén enmarcadas dentro de planes integrales y continuados en los que también se aborden aspectos relacionados con la educación, la vivienda, el tiempo libre, el empleo...⁶⁷ (García L., 2004; Arza, 2006).

✓ El proceso de cambio.

En este apartado hemos ido señalando cómo el cambio hacia hábitos o comportamientos más saludables puede llegar a través de una adecuada interacción entre actuaciones informativas, actitudinales y de entrenamiento en nuevas competencias. También hemos insistido en las dificultades inherentes al cambio, y en la necesidad de que el agente de salud sea consciente de las mismas, para evitar expectativas desajustadas y sus consecuentes frustraciones. Una de las dificultades reside en que, los objetivos y estrategias del agente de salud, deben adaptarse al momento en el que la persona o el grupo se encuentra respecto al cambio propuesto. Así, puede ser problemático que el agente de salud plantee el entrenamiento en nuevos hábitos, cuando la persona o el grupo aún ni siquiera ha contemplado la necesidad de introducir un cambio en sus estilos de vida; también puede serlo que el agente de salud se limite a motivar hacia determinado hábito saludable, cuando la persona o el grupo ya está preparado para asumirlo y necesita saber cómo hacerlo.

Para la comprensión de los procesos de cambio, uno de los modelos teóricos que nos puede resultar más útil es el planteado por Prochaska y Di Clementi (1992). Según este modelo, el cambio en el ser humano no suele producirse de manera radical ni lineal, sino que habitualmente es

procesual y, en ocasiones, en espiral. Estos autores plantean una serie de fases por las que habitualmente transcurre el individuo ante la posibilidad de un cambio:



1. *Precontemplación.* En esta fase se encuentran las personas que no tienen intención de cambiar en un futuro próximo, porque ni siquiera consideran tener un problema, o porque valoran que las ventajas del comportamiento de riesgo que practican son superiores a sus inconvenientes. Pueden acudir a grupos o entrevistas planteando que quieren cambiar, pero posiblemente sea por presiones de su entorno. En esta fase es fundamental que el agente de salud desarrolle una labor de motivación hacia el cambio y de creación de vínculos de confianza con la persona. Asimismo, debe poner en marcha actuaciones informativas y actitudinales que contribuyan a incrementar la percepción de riesgo y el deseo de estar sano o sana.
2. *Contemplación.* En esta fase la persona es consciente de que existe un problema o una necesidad de cambio, pero aún no está ni comprometida ni preparada para pasar a la acción. La persona se encuentra en un estado de ambivalencia. En esta fase el agente de salud, además de seguir trabajando la motivación y los vínculos de confianza, debe incidir prioritariamente sobre la ambivalencia a través de intervenciones informativas y actitudinales.

67.- Profundizaremos sobre esta cuestión en el apartado 4.5.3.

3. *Preparación.* La persona ya ha superado su ambivalencia y opta claramente por el cambio. Está preparada para la acción, por lo que es necesario que se sienta reforzada y acompañada. Es fundamental que se le muestren las diferentes alternativas con las que puede contar para lograr el cambio que desea, así como ayudarlo a decidir y a elaborar su plan de actuación.
4. *Acción.* Es la fase en la que se producen los cambios más visibles para modificar el comportamiento o adquirir nuevos hábitos. Existe compromiso y empeño en que los cambios sean estables. El agente de salud debe apoyarlo en el entrenamiento de nuevos hábitos y en el incremento de su percepción de autoeficacia.
5. *Mantenimiento.* Los cambios persisten en el tiempo y se consolidan los resultados obtenidos con la acción. El agente de salud debe seguir apoyándolo en el incremento de su percepción de autoeficacia, así como ayudarlo a detectar factores de riesgo para la recaída y prevenirlos.

Como señalábamos al inicio, los procesos de cambio no suelen ser lineales, sino que en muchas ocasiones adoptan la forma de espiral, es decir, una persona puede recaer en alguna de las fases del proceso y retroceder a la contemplación. Las recaídas deben ser entendidas como parte del proceso de cambio. De hecho, muchas personas incorporan nuevas estrategias y conocimientos a partir de lo experimentado en las recaídas.

El modelo propuesto por Prochaska y Di Clementi (1992) nos muestra con claridad la necesidad de diagnosticar previamente en qué fase del proceso de cambio se encuentra la persona o el grupo con el que vamos trabajar. De esta forma podremos seleccionar los objetivos y las estrategias más adecuadas para contribuir a que la persona o el grupo vayan progresando adecuadamente a lo largo del ciclo del cambio.

4.5.1.2. El estilo educativo del agente de salud.

El propio estilo relacional del agente de salud forma parte también del proceso educativo: a través de la influencia del modelo que transmite mediante ese estilo; a través de la influencia del estilo relacional en la eficacia de las dinámicas que desarrolle. Vamos a describir los principales componentes que deben formar parte de este estilo relacional en procesos de educación para la salud:

Estilo educativo



✓ Respeto.

Proponemos abordar contenidos vinculados a la vida cotidiana de las personas con las que trabajamos, a sus creencias, a sus actitudes, a aspectos polémicos en muchos casos, a cuestiones que no están "cerradas", sobre las que no existe "una verdad",... Además, pretendemos que este trabajo sea participativo, que la población destinataria plantee sus puntos de vista abiertamente. Por ello es especialmente importante que el agente de salud, además de garantizar un clima de respeto (en el caso de trabajar en grupo), sea él mismo respetuoso con todas las opiniones y evite cuidadosamente herir la sensibilidad de los y las participantes con sus respuestas, apreciaciones u opiniones (Arza, 2008). En ese sentido, no debe enjuiciar a la persona, ni comenzar a dar consejos desde el principio.

Los consejos apresurados contribuyen a construir relaciones jerárquicas, en las que una parte “sabe” y la otra “ignora”. El respeto implica que el agente de salud confía en las capacidades de la persona y procura fomentar que se desarrollen para que pueda encontrar sus propias soluciones y tomar sus propias decisiones.

✓ Empatía.

Numerosos autores afirman que la empatía es el elemento que determina la calidad en una relación educativa, terapéutica o de ayuda. Según Rogers (1997) la empatía está muy vinculada con la aceptación. Aunque parezca paradójico, cuando una persona se siente aceptada, puede sentirse más liberada para cambiar. La aceptación no significa estar de acuerdo con la otra persona, sino que tiene que ver con reconocer y comprender las circunstancias desde las que una persona se comporta de determinada manera o toma determinadas decisiones (“entiendo que es difícil elegir un camino diferente al de tu entorno”; “ya sé que los mensajes que se suelen escuchar en los medios de comunicación son muy diferentes a lo que estamos planteando aquí”;...). Es posible aceptar y comprender a una persona y no estar de acuerdo con ella⁶⁸.

Una de las vías para expresar empatía es la escucha reflexiva. En este tipo de escucha, además de poner en marcha habilidades de comunicación no verbal que reflejen escucha activa, se trata de entender a la otra persona desde sus circunstancias y de “devolverle” lo que te ha transmitido, pero con otras palabras o estructura. Esta “devolución” puede tener diferentes efectos: ayuda a la persona en la clarificación y estructuración de sus ideas; transmite comprensión; facilita que nos aseguremos que la persona y el agente de salud han entendido lo mismo.

✓ Refuerzo positivo.

Una de las vías para la expresión de respeto y empatía es el refuerzo positivo. Todos los esfuerzos que la población con la que trabajamos haga, todos los progresos (por pequeños que sean), deben ser resaltados y reforzados en el momento. Si se producen errores, deben ser señalados también, pero utilizando siempre un lenguaje positivo y respetuoso. Por supuesto, nunca criticar “como persona”, sino centrar el señalamiento en el comportamiento. La idea del refuerzo debe comenzar desde el diagnóstico. El agente de salud también debe recoger información sobre aspectos que funcionan bien en la persona y su entorno. Tan importante como detectar debilidades lo es indagar sobre las fortalezas. De esta manera, sabremos en qué capacidades de la persona o en qué personas o recursos de su entorno podremos apoyarnos.

✓ Conciencia sobre los propios prejuicios.

Los prejuicios son simplificaciones de la realidad o juicios que establecemos sobre una realidad sin conocerla o fijándonos únicamente en alguna de sus dimensiones. Los prejuicios suelen tener relación con nuestra experiencia personal o profesional, con nuestra ideología, con lo que nos han transmitido en la familia, etc. En definitiva, son creencias muy interiorizadas y difíciles de cambiar.

Todas las personas tenemos prejuicios y es imposible eliminarlos absolutamente. Si aprendemos a detectar los prejuicios propios y comprendemos la importancia de su influencia, será más fácil que podamos manejarlos. Para ello, proponemos dos herramientas:

- El “observador interno”. Si tenemos el hábito de la reflexión y la práctica de la reserva de espacios para la autocrítica y la revisión personal, será más fácil que detectemos prejuicios que hayan podido surgir en la relación con otra persona.

68.- El concepto de empatía está muy relacionado con los conceptos de descentración y perspectivismo analizados en el apartado 4.4.3.2.

- El equipo. La mirada externa del equipo, o de alguna persona del equipo en concreto, nos puede ayudar a detectar prejuicios que no somos capaces de ver, y a relacionarlos con nuestros comportamientos con las personas usuarias. Además, si el prejuicio influye de una manera muy importante en nuestra relación con la persona que debemos atender, la única alternativa que existe en ocasiones es la de dejar que otro miembro del equipo se haga cargo del caso en nuestro lugar.

✓ Autenticidad o congruencia.

Este concepto fue planteado por Rogers (1997) como una de las claves en la relación de ayuda. Un o una profesional puede manejar muy bien técnicas de escucha activa o de asertividad (por ejemplo), pero esas técnicas serán artificiales si no son congruentes con sus propias actitudes y valores. Si no se muestra auténtico (sin “máscaras”) ante la persona usuaria, no logrará construir vínculos que generen seguridad y confianza. La autenticidad supone, por lo tanto, que el agente de salud se conoce a sí mismo y procura aplicarse lo que propone a la otra persona. Su lema debe ser: “no puedo dar al otro lo que yo mismo no tengo”. Todo eso supone que el agente de salud debe tener espacios de formación permanente y de revisión de su trabajo, pero también de sus procesos personales.

4.5.1.3. Educación para la salud en grupo a partir de técnicas de participación activa.

Las técnicas de participación activa para el trabajo con grupos son una herramienta educativa de gran eficacia. En el caso de la interculturalidad son especialmente adecuadas, ya que, al facilitar la reflexión, la creatividad y el protagonismo del grupo, dificultan el adoctrinamiento externo, actuando así como “filtro” frente a los riesgos de aculturación (MSC, 2005).

Para el buen funcionamiento de un grupo, el o la profesional que lo conduzca debe tener en cuenta los siguientes criterios:

Educación para la salud grupal



✓ Diseño del proceso grupal.

Es fundamental que el diseño del proceso grupal parta de un buen análisis de la realidad, tanto de las personas que van a participar en el grupo como de su entorno⁶⁹. Este diagnóstico facilitará que nuestras decisiones respecto al diseño sean adaptadas. Por ejemplo:

- Las temáticas a tratar.
 - La secuenciación de las temáticas. Dependiendo de las características del grupo, puede ser más conveniente empezar por unas que por otras.
 - Número de sesiones, su duración y su frecuencia.
 - Los métodos de convocatoria.
 - El número mínimo y máximo de participantes.
- ✓ El “escenario” del grupo.

El espacio, el contexto en el que se realizarán las sesiones, también tiene gran relevancia en su

69.- Por ejemplo: número de participantes previsto, determinantes sociales que les afectan, grado de homogeneidad/heterogeneidad del grupo, intereses, necesidades, grado de sensibilización con los temas que se van a abordar, grado de sensibilización hacia el cambio en los temas que se van a abordar, etc.

desarrollo. Desde nuestra experiencia, sugerimos una serie de características que debe reunir la sala:

- Acogedora: tamaño ni muy grande ni muy pequeño; sin ruidos; sin interrupciones de personas ajenas que puedan entrar en la sala;...
- Con sillas movibles, para disponer el grupo en semicírculo o círculo y poder hacer cómodamente trabajos por grupos que requieran cambiar la disposición de las sillas en la sala.
- Con pizarra y/o rotafolios. La ventaja del rotafolios es que permite guardar las conclusiones de las puestas en común y volver sobre ellas en otro momento del proceso del grupo.
- Accesible para la población objetivo. Lo ideal es que sea en un local muy conocido en la comunidad y considerado próximo (afectiva y físicamente) por parte de la población objetivo.

La disposición del grupo en la sala también es muy relevante. Dependiendo del objetivo que persigamos se puede optar por una u otra distribución del grupo:

- En aula escolar (filas de asientos que miran hacia la persona que dirige el grupo). Puede ser útil si lo único que nos preocupa en ese momento es que el grupo escuche nuestra exposición.
- En semicírculo (orientado hacia el espacio en el que está la persona que dirige el grupo). Por un lado, la persona que conduce el grupo sigue teniendo una posición central y capta la atención, y por otro lado, todas las personas del grupo se pueden ver las caras, con lo que se facilita la interacción grupal.
- En doble semicírculo. Tiene las mismas ventajas que el anterior. Se utiliza cuando el grupo es muy numeroso.
- En círculo cerrado. Sirve para generar dinámicas horizontales, en las que se difuminan las diferencias entre la persona que conduce el grupo y el resto. Idóneo para abordar cuestiones emocionales y para generar dinámicas de empoderamiento del grupo.

A lo largo de un proceso de sesiones grupales, e incluso en una misma sesión, puede cambiarse la disposición del grupo en la sala dependiendo de los objetivos que queramos abordar.

Grupo en semicírculo



- ✓ Respuesta integral a las necesidades de sus participantes.

De acuerdo con los planteamientos de Arza y Carrón (2004) se deben tener en cuenta las necesidades que cualquier participante en un grupo tiene: ver, hablar y hacer. Para ello, a lo largo de las sesiones se deberán combinar adecuadamente actuaciones que respondan a esas tres necesidades⁷⁰:

- ⇒ *Ver*. La estimulación visual es un complemento idóneo de los procedimientos verbales o escritos. La proyección de imágenes o gráficos, los vídeos, los carteles, las fotos,... son una opción que puede enriquecer notablemente la acción grupal.
- ⇒ *Hablar*. Nos referimos a la necesidad que los y las participantes tienen de compartir, de reflexionar. Está demostrado que el diálogo en la interacción con iguales produce un aprendizaje de mayor calidad que la transmisión vertical de conocimientos, aunque éstos procedan de una persona experta. El papel del o de la profesional que conduce el grupo consiste en provocar, crear las oportunidades para la reflexión, el intercambio, la creatividad del grupo, ayudándole a ordenar los debates y matizar las conclusiones.
- ⇒ *Hacer*. A menudo ver y hablar no bastan para producir un impacto ni suficiente ni duradero en la memoria y conducta de los sujetos del grupo. Es necesario complementarlo con el hacer, con practicar. En unos casos será a través de una representación, en otros a través del análisis de un caso, en otros a través de una tarea para hacer en casa.

Desde nuestro punto de vista, sería necesario añadir dos importantes necesidades más:

- ⇒ *Conocer*. Las personas en los grupos necesitan acceder a nuevos conocimientos que

se sumen a los que ya poseían, en unos casos, o que sustituyan a los que manejaban, en otros.

- ⇒ *Querer*. Esta es una necesidad previa a todas las demás. No es posible que las personas que componen un grupo vean, hablen, hagan o conozcan, si no quieren ver, hablar, hacer o conocer. En ese sentido, la labor de motivación es fundamental como fase previa, pero también como labor que debe mantenerse durante todo el proceso de aprendizaje.

Una buena manera de asegurarnos que hemos realizado un buen diseño de un proceso grupal, o de una sesión, puede ser el preguntarnos si (teniendo en cuenta las características del grupo y su momento evolutivo) hemos reservado adecuadamente los espacios necesarios para motivar, ver, hablar, conocer y hacer. También puede servirnos para entender por qué han surgido problemas en el funcionamiento del grupo. Por ejemplo:

- ¿Hemos dedicado demasiado espacio a contenidos conceptuales, cuando se trata de un grupo que funciona mejor con estímulos visuales?
- ¿Estamos cerrando el proceso del grupo y todavía no hemos trabajado cómo aplicar a su realidad todos los contenidos abordados?
- ¿Seguimos aplicando dinámicas de animación y motivación cuando el grupo ya nos está demandando que le aportemos nuevos contenidos?
- ¿Estamos avanzando en las sesiones sin haber dedicado tiempo a que el grupo hable de sus motivaciones y expectativas?
-



70.- Según el momento del grupo y el tema que se esté trabajando, en unas sesiones deberá tener más espacio el ver y el hablar, en otras el hablar y el hacer, en otras...

✓ Secuenciación de las sesiones.

Aunque cada proceso grupal es diferente, y siguiendo también la propuesta de Arza y Carrón (2004), podemos aportar una secuencia marco a tener en cuenta (con flexibilidad) en las sesiones:

- Presentación y motivación.

Si se trata de la primera sesión, se deberá dedicar mucho tiempo (incluso la sesión entera) a esta labor: técnicas para que las personas que integran el grupo se vayan conociendo entre sí; presentación motivadora de los objetivos, contenidos y metodología del taller o curso; análisis de las expectativas del grupo;...

Grupo formativo



- Aproximación al tema.

Se debe evitar la aproximación a los contenidos a partir de largas exposiciones por parte de la persona que conduce el grupo. Se propone una aproximación inductiva, es decir, partir de lo particular, de lo que se sabe, de lo que se opina, de lo más cercano al grupo,... para posteriormente complementar lo que ya sabían o creían a través de nuevos contenidos. Además, partir de lo que ya sabe o cree el grupo, permite que la persona conductora pueda adaptarse mejor a lo que precisan, sin insistir en contenidos ya manejados o adelantarse a otros que serían inadecuados en ese momento, y pueda desarrollar aprendizajes

Si no es la primera sesión, la persona que conduce el grupo deberá dedicar los primeros minutos a las siguientes labores:

- ⇒ Acogida al grupo.
- ⇒ Resumen de las ideas-fuerza de la sesión anterior⁷¹.
- ⇒ Análisis (si es el caso) de las tareas que fueron sugeridas en la sesión anterior para realizar en casa.
- ⇒ Presentación motivadora del trabajo que se va a realizar durante la sesión.

71.- Dependiendo del grado de consolidación y maduración del grupo, incluso se podría plantear que el resumen lo hicieran las propias personas participantes.

significativos, es decir, conectados con la vida real y cotidiana de las personas del grupo.

Las técnicas propuestas para realizar ese tipo de aproximación inductiva son del siguiente tipo⁷²:

- ⇒ Técnicas para poner en común lo que el grupo ya sabe u opina sobre el tema. Por ejemplo: lluvia de ideas, cuestionarios, ronda de intercambio de experiencias u opiniones.
- ⇒ Técnicas para fomentar el debate. Por ejemplo: barómetro de valores, videoforum.

72.- Ver la descripción de las técnicas en el Anexo 2.

- ⇒ Técnicas para fomentar la creatividad. Se trata de plantear tareas al grupo para que encuentre soluciones creativas. Por ejemplo: análisis de casos.
- ⇒ Técnicas vivenciales. Se trata de simular situaciones para que los y las participantes vivencien (de la manera más realista posible) el tema que se está trabajando. Por ejemplo: juego de roles.
- Conclusiones.

Tras la aproximación inductiva al tema, la persona que conduce el grupo podrá complementar y matizar las conclusiones a las que el grupo haya llegado. La utilización del rotafolios puede ser muy adecuada para plasmar las conclusiones por escrito, pues en otras sesiones se puede volver sobre ellas.

- Cierre.

La persona que conduce el grupo deberá dedicar los últimos minutos de la sesión a las siguientes labores:

- ⇒ Dinámica de la “palabra final”. Esta es una técnica de gran utilidad para evaluar de manera continuada el proceso del grupo. Si en la sesión se han trabajado aspectos emocionales y se han aplicado técnicas vivenciales, puede ser muy adecuado proponer a cada participante que resuma su estado de ánimo en una palabra o frase corta. Si el grupo se encuentra en las primeras sesiones y/o no se han tratado aspectos emocionales, se puede proponer que resuman en una palabra o frase corta la idea que más han interiorizado de toda la sesión. Como cierre de esta dinámica, la persona que conduce el grupo puede aprovechar para expresar también su estado de ánimo y/o su impresión sobre cómo evoluciona el grupo
- ⇒ Planteamiento (si es el caso) de alguna “tarea para casa”.
- ⇒ Presentación de la siguiente sesión.

- ✓ Las tareas para casa.

Son una herramienta idónea para que los aprendizajes sean significativos, es decir, para que se conecten con la realidad cotidiana de las personas que integran el grupo. De esta forma podrán consolidarse.

Para un buen funcionamiento de las tareas para casa deben cumplirse algunos criterios:

- Deben estar bien diseñadas, en el sentido de conectadas claramente con los contenidos trabajados en la sesión; factibles, teniendo en cuenta el plazo que se propone y las competencias de las personas que forman parte del grupo; y adaptadas a las características del grupo y su contexto, así como al momento evolutivo del grupo.
- Bien explicadas, por lo que en la sesión debe reservarse un espacio para ello. Incluso puede entregarse una ficha que sirva de apoyo a la realización de la tarea.
- Analizadas. En la siguiente sesión debe reservarse un espacio para la puesta en común. Este es realmente el espacio principal del aprendizaje, ya que, a través de la interacción con el grupo, pueden descubrir aspectos que no habían observado durante la aplicación de su tarea.

4.5.1.4. Educación para la salud a través de la orientación individual.

Ya sea a través de entrevistas programadas, a partir de demandas de información que surgen en una entrevista, o aprovechando encuentros en contextos no formales, la relación educativa en la orientación individual constituye una herramienta imprescindible para transmitir información, trabajar actitudes y valores o fomentar la adopción de nuevos hábitos. El grado de intensidad y complejidad de cada acción puede ser muy variable dependiendo del objetivo que queramos trabajar, del momento en el que se encuentre la persona dentro del ciclo del cambio⁷³

73.- Ver el apartado 4.5.1.1.

y de otras características de la persona. No obstante, para trabajar los ejes imprescindibles en la educación para la salud a los que hemos aludido en el apartado anterior (información, actitudes e incorporación de nuevos hábitos), lógicamente es necesario que se produzcan procesos prolongados en el tiempo. Sin embargo, estos procesos pueden iniciarse con una conversación mantenida en un contexto no formal o con una breve intervención informativa en una entrevista.

Para el buen funcionamiento de una intervención individual de educación para la salud, debemos tener en cuenta una serie de criterios muy similares a los ya expuestos en el apartado sobre intervención grupal:

Educación para la salud individualizada



✓ Diseño del proceso de intervención.

En este caso también es necesario partir de un buen diagnóstico de la persona con la que vamos a trabajar. De esta manera podremos diseñar de manera adaptada las temáticas a tratar, la secuenciación de las mismas o el número de sesiones que vamos a trabajar. Puede haber una parte del diagnóstico que sea previa a la intervención (obtenida a través de información recopilada en contactos previos que hayamos tenido con esa persona, o a través de información facilitada por otros u otras profesionales que hayan trabajado con ella), pero también habrá otra par-

te que deberemos trabajar en la primera sesión. Para ello, la capacidad de escucha y observación del agente de salud será fundamental.

✓ El "escenario" de la intervención.

Si se trata de una intervención breve de motivación o información, el escenario puede no ser tan relevante. Sin embargo, si estamos trabajando un proceso educativo más estructurado y complejo, debemos optar por espacios que cumplan unas condiciones básicas: que facilite un clima de intimidad mínimo, sin ruidos ni interrupciones durante la sesión (por ejemplo: personas que entran y salen, llamadas de teléfono, etc.).

Orientación individual



✓ Respuesta integral a las necesidades de la persona.

Nos remitimos a lo ya señalado en el apartado sobre intervención grupal, es decir, que en las sesiones haya espacio suficiente (teniendo en cuenta las características de la persona y su momento evolutivo) para motivar, ver, hablar, conocer y hacer. En la secuenciación de las sesiones haremos alusión a algunas técnicas para trabajar todas esas necesidades.

✓ Secuenciación de las sesiones.

Al igual que ocurre en los procesos grupales, los procesos de intervención individual también pueden y deben ser muy flexibles. No obstante, señalamos a continuación algunas fases fundamentales que se deben desarrollar:

- Acogida y presentación.

El objetivo prioritario consiste en crear un clima de confianza que facilite el vínculo entre el agente de salud y la persona. Si no se trabaja bien esta fase, el resto del proceso se verá afectado. Para lograr ese clima de confianza es necesario cuidar los mensajes verbales y no verbales⁷⁴. En ocasiones, deberemos comenzar planteando preguntas o cuestiones alejadas del tema que vamos a trabajar, preguntas o cuestiones que faciliten el “rompimiento del hielo”. alguna de ellas puede versar sobre aspectos que ya conocemos (de dónde son, cuántos hijos tienen, dónde viven,...), pero el objetivo no es el contenido, sino la creación de un clima que permita posteriormente ahondar en los temas previstos.

En esta fase también es necesario dedicar un espacio para encuadrar la relación, presentando al agente de salud y a la institución en la que trabaja, así como explicando los temas que se van a trabajar y el proceso que se va a seguir.

- Aproximación al tema.

Para facilitar una aproximación inductiva, y un enfoque participativo, proponemos la utilización de una serie de técnicas de aprendizaje que permitan a la persona:

- ☐ La expresión de su situación, de sus vivencias, de sus necesidades, etc. Técnicas de expresión.
- ☐ Mejorar su información. Técnicas de información.
- ☐ Reflexionar, analizar, llegar a sus propias soluciones. Técnicas de análisis.
- ☐ Entrenarse en nuevas habilidades e introducir cambios en sus hábitos. Técnicas para el desarrollo de habilidades.

En el Anexo 1 incluimos la descripción de diferentes técnicas de este tipo que pueden ser utilizadas en sesiones individuales.

- Cierre.

Es importante que el agente de salud realice un resumen final de todo lo trabajado. Puede ser una buena oportunidad para que la persona plantee posibles dudas.

En el cierre también es muy conveniente la introducción de mensajes de motivación y refuerzo. Es preciso reforzar la percepción de autoeficacia de las personas con las que trabajemos.

- ✓ Las tareas para casa.

En el caso de tratarse de un conjunto de sesiones programadas, la utilización de las tareas para casa puede ser una metodología muy adecuada para lograr que los aprendizajes sean significativos. Nos remitimos a lo ya planteado en el apartado sobre intervención grupal.

74.- En el apartado 4.2.4.3. hemos analizado la importancia que éstos tienen en la acogida a personas gitanas.

4.5.2. Acompañamiento sociosanitario.

En algunos casos no basta con intervenciones individuales o grupales de educación para la salud, sino que es necesario poner en marcha procesos de intervención mucho más integrales e intensos. Se trata de aquellos individuos o familias con problemáticas relacionadas con la salud, pero que sufren una situación global de fuerte exclusión social. Consideramos que el enfoque del acompañamiento sociosanitario es el más adecuado para este tipo de casos, y puede encajar especialmente bien en las características y forma de trabajo de una asociación gitana.

Acompañamiento



Señalaremos a continuación alguna de las características del enfoque de acompañamiento sociosanitario:

- ⇒ Desarrolla procesos personalizados de intervención. Esos procesos son diseñados, desarrollados y evaluados, en colaboración con la persona usuaria.
- ⇒ Tiene muy en cuenta las necesidades percibidas por la persona y se adapta a ellas.
- ⇒ Trata de detectar, no sólo ni principalmente sus debilidades, sino fundamentalmente sus fortalezas, para reforzarlas. Por ello, el acompañamiento sociosanitario incorpora en su funcionamiento el concepto de empoderamiento.

- ⇒ Conecta a la persona con los recursos comunitarios que pueden mejorar su vida.
- ⇒ Identifica e interviene sobre los déficit en el funcionamiento de los recursos comunitarios, para evitar que se conviertan en barreras para alcanzar las metas de las personas usuarias.
- ⇒ Proactividad. No siempre se espera de manera pasiva la llegada de la demanda, sino que se opta por una detección activa de necesidades.
- ⇒ Como alternativa a la relación burocrática y despersonalizada, trabaja desde la proximidad. En el acompañamiento sociosanitario se construye proximidad desde el primer contacto hasta el final del proceso, creando vínculos de cercanía y confianza entre la persona y el o la profesional. En muchas ocasiones, la construcción de la proximidad exigirá adaptarse a los horarios de la persona y/o trabajar en su propio medio (su barrio, su domicilio, sus espacios de encuentro, etc.).

En cuanto a las fases para el desarrollo de un proceso de acompañamiento sociosanitario, no difiere en su estructura de otros procesos de intervención social, psicosocial, socioeducativa o sociosanitaria. Lo importante es cómo, los principios del acompañamiento sociosanitario referidos anteriormente, influyen en el desarrollo de cada una de las fases:

Fases acompañamiento



✓ Acogida.

Como señala Pérez Eransus (2004), “acoger es distinto de recibir la demanda, valorarla y darle recurso”, como desgraciadamente ocurre en muchos servicios. La acogida es una fase con entidad y objetivos propios. En ella comienza a construirse la relación, por lo que es necesario generar un clima que genere proximidad y seguridad. Asimismo, la acogida nos abre oportunidades para garantizar que la persona comprende el proceso en el que va a participar y para que el o la profesional comience a entender la globalidad de la situación con la que va a trabajar.

✓ Valoración integral.

En el ámbito de la intervención social se han producido importantes avances en la construcción de herramientas para el diagnóstico⁷⁵. Cualquiera de las herramientas disponibles puede ser utilizada en un proceso de acompañamiento sociocomunitario⁷⁶. Sin embargo, y para que realmente sea un acompañamiento sociosanitario, sería necesario incorporar en esas herramientas un mayor espacio para el análisis de indicadores y variables de tipo sanitario.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que el acompañamiento sociosanitario contempla el

protagonismo de la persona usuaria como uno de sus principios fundamentales, el codiagnóstico surge como un elemento esencial y diferenciador en esta fase. Por ello, es interesante incorporar modelos de entrevista e instrumentos que faciliten la participación de las personas usuarias⁷⁷. Asimismo, y teniendo en cuenta que el desarrollo de potencialidades y capacidades es otro de los principios del acompañamiento social, la identificación de las fortalezas personales y del entorno, en las que deberá apoyarse el posterior plan de acompañamiento, se convierten en uno de los objetivos fundamentales en la fase de diagnóstico.

✓ Elaboración del plan de acompañamiento.

El plan de acompañamiento deberá responder al diagnóstico realizado en la fase previa. En su diseño, al igual que se señaló en la fase de diagnóstico, también se tendrán en cuenta los principios de protagonismo de la persona, por lo que deberá ser diseñado de manera compartida⁷⁸, y de desarrollo de potencialidades y capacidades, por lo que se tendrán en cuenta los recursos activos y potenciales de la persona y su entorno. En relación con el primero de los principios, el del protagonismo de la persona usuaria, es necesario resaltar las implicaciones éticas que conlleva su cumplimiento. Reconocer y respetar la autonomía de las personas es un requisito imprescindible para que se pueda establecer un diálogo y se evite la imposición. No olvidemos que “la función es acompañar, estimular la conciencia, ayudar a contrastar posibilidades, a valorar resultados y consecuencias, nunca decidir por la persona” (Zugasti, 2012).

✓ Desarrollo del plan de acompañamiento.

En primer lugar es importante entender que el proceso de acompañamiento no comienza a partir del desarrollo del plan de caso, sino que se inicia desde la acogida. De esta forma, pueden comen-

75.- En la bibliografía hemos incluido varias: Martín, 1996; Gobierno Vasco, 2006 y 2012; Laparra et al., 2008.

76.- En la ficha 17 presentamos una propuesta de guión para el diagnóstico en un proceso de acompañamiento sociosanitario.

77.- En la ficha 18 presentamos una propuesta de diagnóstico compartido en un proceso de acompañamiento sociosanitario.

78.- Incluso podríamos hablar, más que de plan de caso, de contrato o acuerdo entre la persona usuaria y el o la profesional.

zar a cumplirse objetivos en fases previas. Así, en la fase de acogida se abren oportunidades para el entrenamiento en la construcción de relaciones asertivas y de confianza, en la fase de diagnóstico se puede lograr que la persona usuaria comprenda mejor su situación, sus dificultades, sus necesidades, sus fortalezas, etc., mientras que en la fase de diseño del plan se puede facilitar que se haga cargo de su propio desarrollo, al participar activamente en el diseño de su itinerario.

Como señala Pérez Eransus (2004), es importante que entendamos la diferencia entre un plan de seguimiento y un plan de acompañamiento. “La idea del seguimiento evoca una relación en la que la persona usuaria es un objeto paciente, sometido a una observación periódica por parte de un profesional. Es el profesional quien sigue, observa, vigila y controla a la persona usuaria”. Sin embargo, en el caso del acompañamiento es la persona usuaria quien debe encauzar su propia estrategia, pero contando con el apoyo de un o una profesional que se haya ganado su confianza, que esté a su lado (pero no delante), que esté y se muestre disponible y próximo, que conozca y confíe en sus potencialidades (y que se las recuerde). Conchita Corera refleja de manera muy clara todos estos elementos, que componen la esencia del acompañamiento social, cuando dice que

“Es mirar de otra manera a la persona y a su historia para que también ella pueda verse de otra forma. Es creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse sea cual sea su estado actual.

Si tuviéramos que resumir qué es lo que necesitan muchas de las personas avocadas a la exclusión y marginación, con itinerarios personales erráticos, sin horizontes claros, habría que decir que necesitan otros estímulos, nuevos conocimientos, pero también nuevas oportunidades, nuevas disponibilidades a su alrededor. Una pedagogía social hecha de pacto y confianza. Necesitan acompañamiento. Sus itinerarios necesitan compañía...

Las personas instaladas en una situación de gran fragilidad social construirán itinerarios, seguirán procesos, en la medida en que alguien les acompañe durante un cierto trecho, esté cerca, al menos en los inicios. Las personas han de tener claro que, junto con otros apoyos, tendrán a su alcance profesionales que les dedicarán tiempo y esfuerzos de manera personalizada. Se trata de ayudar a elaborar un proyecto personal de incorporación y ganarnos la ascendencia profesional para poder acompañarlo” (Corera, citada por Pérez Eransus, 2004).

El acompañamiento sociosanitario también supone una labor de intermediación dirigida a lograr que la persona usuaria refuerce su red de apoyo social. Este trabajo puede ir dirigido a fortalecer tanto la red primaria, conformada por familiares, amistades y vecindario, como la red secundaria, constituida por las asociaciones comunitarias y las relaciones laborales-educativas, o la red institucional, constituida por el sistema de recursos sanitarios, educativos, sociales, etc. En la medida que la persona logre establecer sólidas relaciones con sus redes, el acompañamiento sociosanitario se irá haciendo menos necesario.

Finalmente, es necesario resaltar que el acompañamiento sociosanitario no es un proceso lineal que concluye siempre en la inclusión social plena o en la “curación”. El proceso de las personas con las que se desarrolla el acompañamiento sociosanitario, como todo proceso vital, conlleva evoluciones e involuciones, progresos rápidos y lentos, e incluso estancamientos. El acompañamiento debe producirse en todos esos momentos, para reforzar los avances, para contener o para confrontar los retrocesos, para analizar los estancamientos y para aprender de las involuciones.

✓ Evaluación y cierre.

El acompañamiento sociosanitario implica el desarrollo de un itinerario que pretende lograr mejoras o reducir daños. Es importante que este proceso esté temporalizado y cuente con una

fase de cierre. De otra manera podrían surgir riesgos, como es la dependencia entre la persona usuaria y el o la profesional.

El riesgo de dependencia mencionado puede surgir en cualquier tipo de relación persona usuaria-profesional. Sin embargo, en el caso del acompañamiento sociosanitario el riesgo es mayor, debido precisamente a algunas características de esta metodología ya mencionadas: relación de ayuda personalizada, relación de proximidad y confianza, disponibilidad del o de la profesional, intensidad y duración de la relación, etc. Por todo ello, la fase de cierre es fundamental. Esta fase debe ser preparada ya desde la acogida, donde es necesario explicar a la persona usuaria que el proceso de acompañamiento sociosanitario tiene una temporalización limitada. Además de éste, debemos tener en cuenta otros criterios para evitar que la persona se sienta abandonada al finalizar el plan de acompañamiento sociosanitario: que el cierre sea progresivo, pudiendo espaciar más los últimos contactos; que se plantee una fase de seguimiento posterior; que se planifique alguna sesión en la que se pueda evaluar conjuntamente todo el proceso, se destaquen los avances experimentados por la persona usuaria y se recuerden los puntos de apoyo de la red primaria, secundaria e institucional con los que cuenta. Asimismo, volvemos a recordar que el cierre no implica que se haya logrado la incorporación social o la "curación" total de la persona, pero es importante que se le ponga un final para poder valorar, si es necesario, la puesta en marcha de otras estrategias.

Como hemos mencionado al inicio de este apartado, el acompañamiento sociosanitario se dirige a personas y familias en situación de fuerte exclusión social. En este sentido, los y las profesionales que conduzcan este tipo de procesos deben contar con formación y competencias suficientes como para poder realizarlos de una manera adecuada. Por ello, además de los elementos ya mencionados sobre el estilo educativo⁷⁹, es necesario que reúna especiales competencias en las siguientes áreas:

- ⇒ Trabajar con fenómenos complejos.

- ⇒ Conocimiento de los fenómenos sobre los que interviene (drogodependencias, o discapacidad, o dependencia, o salud mental, o...): conceptos, modelos de comprensión e intervención, metodologías, epidemiología, etc.
- ⇒ Diagnosticar de una manera multidimensional, tanto al individuo atendido como a su contexto, detectando fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.
- ⇒ Negociar y mediar con numerosos interlocutores: de diferentes disciplinas, de diferentes sistemas, del ámbito público y privado, o vinculados con el apoyo formal e informal.
- ⇒ Trabajo en equipo.
- ⇒ Conocimiento de las redes de recursos sociales y sanitarios.
- ⇒ Manejo de los principios de la ética en la intervención social y sanitaria, con especial atención a las cuestiones relacionadas con la confidencialidad, ya que se trabaja en un contexto de manejo de informaciones sensibles entre múltiples agentes.
- ⇒ Capacidad de ayuda. Para ello es necesario desarrollar especialmente: claridad y transparencia; asertividad; empatía y capacidad de escucha; confianza y seguridad; y autenticidad.

4.5.3. Intersectorialidad.

A lo largo del texto hemos defendido que la promoción de la salud también está relacionada con la mejora de las condiciones sociales, ambientales y económicas, así como con la mejora de los servicios sanitarios y de las demás políticas públicas. De ello se deriva con claridad la necesidad de trabajar con otros sectores en el desarrollo de las políticas o intervenciones en salud, es decir, se deriva la necesidad de un enfoque de abordaje intersectorial.

En este apartado, tras analizar el concepto de intersectorialidad y sus posibles desviaciones, exploremos básicamente las potencialidades del trabajo

79.- Ver apartado 4.5.1.2.

comunitario en red como una de las vías fundamentales para la promoción de la salud con la comunidad gitana.

4.5.3.1. Algunas desviaciones en la concepción y aplicación de la intersectorialidad.

El concepto de intersectorialidad se ha incorporado con éxito al discurso profesional y político en los últimos años. Sin embargo, y como suele ocurrir cuando una palabra alcanza notoriedad, surge el riesgo de convertirla en concepto “fetiche”, es decir, en concepto ampliamente utilizado para mostrar que el discurso de quien lo utiliza se encuentra alineado con las orientaciones más actualizadas, pero vacío de contenido o aludiendo a significados que poco tienen que ver con el sentido original del término. En ese sentido, destacaremos a continuación algunas posibles desviaciones que debemos evitar en la aplicación de la intersectorialidad:

- ⇒ *La intersectorialidad* como acción informativa. Un sector informa a los demás sobre sus análisis y sus propuestas. Incluso plantea sugerencias a otros sectores sobre cómo deberían incorporar determinadas estrategias (por ejemplo, de salud) en sus políticas propias. Indudablemente, la transmisión de información es imprescindible para la construcción de un enfoque intersectorial, pero es absolutamente insuficiente si se limita a ese tipo de acciones.
- ⇒ *La intersectorialidad* “en el papel”. En los últimos años se ha extendido la (positiva) práctica de la planificación intersectorial. Por ejemplo, un plan de drogodependencias, o un plan para el desarrollo de la población gitana, que contempla líneas de actuación que deben ser acometidas por instituciones o sectores diversos (educación, vivienda, empleo, etc.). El trabajo de diálogo y negociación entre los diferentes sectores suele producirse (con mayor o menor implicación, dependiendo de los casos) en la fase de diseño. Sin embargo, en su posterior aplicación se suele

observar una doble tendencia: hacia la concentración de las responsabilidades en el organismo especializado (en drogodependencias, o en comunidad gitana, siguiendo el ejemplo anterior), por un lado, y hacia la inhibición del resto de agentes, por el otro.

- ⇒ *La intersectorialidad* “sin recursos”. Una de las razones por las que la intersectorialidad puede quedarse en “el papel”, tiene que ver con que la mayor parte de los planes son diseñados sin la previsión de recursos (económicos, humanos, ...) necesaria para su aplicación. En ese sentido, algunos planes intersectoriales son interesantes porque aportan un marco teórico y metodológico para la intervención, pero la inexistencia de una previsión de recursos suficientes hace que muchos de sus objetivos y líneas de actuación se queden en utopías o buenas intenciones (de nuevo “en el papel”).
- ⇒ *La intersectorialidad* burocrática. Otra de las razones que dificultan la aplicación de la intersectorialidad es la falta de un liderazgo institucional fuerte, claro, eficaz y estable, que sepa gestionar las relaciones interinstitucionales. Por ello, en muchos casos, el impulso inicial termina diluyéndose y permaneciendo únicamente algunas expresiones formales de intersectorialidad. Por ejemplo, muchos órganos de coordinación creados tienen un funcionamiento muy burocrático. En muchos casos, sus reuniones son concebidas como trámites técnico-administrativos o político-administrativos, por lo que su productividad es muy reducida.

Como alternativa a todas las desviaciones descritas, en diferentes publicaciones de las autoridades sanitarias (por ejemplo, MSSSI, 2012) se apuesta claramente por un tipo de trabajo intersectorial orientado hacia la integración de la salud en todas las políticas, como la estrategia más adecuada para abordar los determinantes sociales de la salud. Asimismo, este enfoque de salud en todas las políticas

debe ir acompañado de una clara apuesta por la equidad, para lograr que las ganancias en salud se distribuyan equitativamente en toda la población.

El Sistema Sanitario tiene la función de liderazgo en el desarrollo de procesos intersectoriales. No obstante, el asociacionismo gitano puede tener una importante labor de apoyo al mismo, así como una función de crítica constructiva para garantizar que efectivamente se logra una acción intersectorial que permita afrontar los determinantes sociales de la salud.

4.5.3.2. Trabajo comunitario en red.

Por los objetivos y características de este texto, queremos destacar especialmente las potencialidades que el asociacionismo gitano posee para impulsar el trabajo intersectorial local o comunitario. Por ello, subrayamos la necesidad de impulsar procesos de trabajo comunitario en red. Según Arugete (2001), las redes “son formas de interacción social, definidas como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos”. Trasladando este concepto a la atención socio-sanitaria, una red sería un conjunto de entidades de naturaleza social o sanitaria, con características (jurídicas, de tamaño, de nivel de atención, etc.) variadas, que llegan a acuerdos de colaboración porque tienen necesidades y problemáticas en común.

Redes



Las principales características del trabajo comunitario en red, y que lo diferencian de otros métodos de coordinación, son las siguientes:

- ⇒ Se sustenta sobre relaciones marcadas por la horizontalidad y la complementariedad entre sus integrantes. En ese sentido, surge como alternativa a otros métodos de coordinación de carácter burocrático o jerárquico.
- ⇒ Se construye a través de relaciones flexibles y en el marco de un sistema abierto y en revisión permanente. No precisa de normativas externas, sino que son sus propios integrantes quienes van definiendo su funcionamiento y adecuándolo a las cambiantes necesidades del contexto. Asimismo, sus integrantes pueden ir variando y modificando su implicación.
- ⇒ No busca homogeneizar, sino organizar la heterogeneidad, ya que es la mejor manera de lograr espacios de cooperación entre recursos y profesionales muy diferentes.

Desde este principio de flexibilidad, las funciones de una red pueden ser múltiples:

- ⇒ Compartir recursos.
- ⇒ Intercambiar servicios.
- ⇒ Compartir aprendizajes.
- ⇒ Elaborar conjuntamente alguna herramienta de diagnóstico, de evaluación, etc.
- ⇒ Realizar el diagnóstico compartido de un caso o de una comunidad.
- ⇒ Diseñar conjuntamente un programa de intervención.
- ⇒ Construir y desarrollar un itinerario de intervención individualizada o de acompañamiento social.

Asimismo, su ámbito geográfico puede ser muy variado, aunque las experiencias más extendidas corresponden a redes ubicadas en contextos locales. No obstante, también existen interesantes experiencias de redes con ámbitos geográficos más amplios y

que utilizan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como principal vía de trabajo.

¿Cómo se construye una red?

Parafraseando a Metcalfe (citado por Pascual, 2009), podríamos decir que el trabajo en red es un conjunto de métodos y técnicas para facilitar que entidades formalmente independientes actúen de manera interdependiente. Pero ¿cómo se hace eso? ¿cómo se construye una red? En primer lugar, debemos decir que es imprescindible la existencia de una figura de liderazgo que la impulse y contribuya a su mantenimiento. Esta figura puede ser una entidad en concreto o un conjunto de personas que actúan como grupo promotor.

Concepto de Grupo Promotor

En todo proceso comunitario existe siempre una figura (persona, grupo o institución) promotora del cambio. Esta figura “está destinada a asumir varios papeles a lo largo del proceso de creación y desarrollo de una red: comunicador, vendedor, negociador, organizador, facilitador, evaluador, ... Utilizará varias estrategias de influencia para llegar a vender el proyecto, a suscitar la colaboración de diferentes agentes, a obtener ayudas, a vencer las resistencias, etc.” (Coulombre, 1993). Cuanto más cercana se encuentre esta figura al medio en el que se quiere introducir el cambio, más posibilidades de éxito tendrá en su labor. Esta cercanía puede ser geográfica (conocimiento e inserción en el medio objeto de la intervención) y/o sociocultural (conocimiento e inserción en el colectivo objeto de la intervención).

Teniendo en cuenta el concepto de grupo promotor aportado, podemos observar con claridad que una asociación gitana puede participar en la articulación de ese rol de manera muy apropiada, sobre todo por su cercanía geográfica y sociocultural. Pero ¿cuáles son las funciones y tareas del grupo promotor? Trataremos de reflejarlas a continuación:

- ✓ Conocer la comunidad y contribuir a la creación de un ambiente comunitario:
- ⇒ Visitar las distintas asociaciones e instituciones existentes, conocer sus objetivos, sus opiniones, sus necesidades, sus sueños, etc.
- ⇒ Facilitar que las distintas asociaciones e instituciones se conozcan entre ellas, organizando encuentros (formales e informales), intercambios, colaboraciones (aunque sean puntuales), etc.
- ⇒ Acudir a las actividades de otras entidades, e invitar a las propias.
- ✓ Impulsar la elaboración de un diagnóstico comunitario. Analizar la realidad del fenómeno que se desea abordar (la salud de la comunidad gitana, en nuestro caso), aprovechando las variadas visiones de los miembros de la red.
- ✓ Fomentar permanentemente el debate, la reflexión y la formación conjunta entre los integrantes de la red.
- ✓ Coordinar el diseño de un plan de actuaciones que responda al análisis de la realidad realizado y en el que participen los distintos sectores de la comunidad, potenciando también la participación de la población objetivo⁸⁰. Se trataría de lograr que el plan de acción diseñado sea aceptable para todas las partes, que determine la responsabilidad de cada una de ellas en las actividades, y que delimite los plazos de ejecución. Es imprescindible definir de forma permanente la distribución de tareas, los compromisos de cada parte, las vías formales de comunicación interna, cuándo y a quién hay que rendir cuentas y qué información es necesario aportar.
- ✓ Difundir externamente las actividades y la filosofía de la red.

80.- Profundizaremos sobre esta cuestión en el siguiente apartado sobre participación.

- ✓ Velar por un adecuado manejo del “protocolo”: niveles jerárquicos de relación, lenguaje considerado apropiado en cada sector, procedimientos burocráticos para convocar una reunión o solicitar algún permiso, etc. En ocasiones, un problema de “protocolo” puede arruinar una iniciativa bien planificada y fundamentada.
- ✓ Velar por un desarrollo coherente y ordenado de las actuaciones.
- ✓ Velar por un aprovechamiento eficiente de los recursos disponibles.
- ✓ Fomentar de manera permanente la colaboración de otros sectores y agentes de la comunidad.
- ✓ Evaluar las intervenciones, recogiendo las aportaciones de todos los sectores y en especial de la población objetivo.
- ✓ Fomentar la estabilización de la red y de sus actuaciones.

4.5.4. Participación.

Como ya hemos señalado anteriormente, la participación forma parte del núcleo central del concepto de promoción de la salud, ya que ésta persigue que sean las personas, grupos y comunidades quienes incrementen y fortalezcan sus competencias de control sobre los determinantes sociales de la salud.

En este apartado, tras definir el concepto de participación, aportamos una serie de pautas para mejorar la participación de las asociaciones gitanas en las políticas, pero también para reforzar su participación interna y, en general, para incentivar la participación de la población gitana en las políticas.

4.5.4.1. Concepto de participación.

De nuevo nos encontramos ante un concepto, el de participación, de gran complejidad y múltiples aristas. Son diversas las clasificaciones que se pueden establecer, dependiendo del nivel de

participación, de los mecanismos o de los contenidos:

- ⇒ Pastor (2012) distingue tres niveles en el proceso de participación. El primer nivel es la información. Es el menos exigente, aunque es imprescindible disponer de información para que se puedan producir los restantes niveles de participación. El segundo nivel es la consulta. En este caso se abre la posibilidad de expresar opiniones, sugerencias y propuestas que puedan incidir en el diseño o la redefinición de servicios, programas y/o políticas. La delegación o la cogestión, según la propuesta de Pastor (2012) constituiría el tercer nivel. En este caso se produce una participación social directa en el desarrollo de las políticas, bien a través de la autogestión o a través de la cogestión. Estos niveles pueden ser subdivididos, e incluso podríamos añadir algunos “peldaños” más en esta “escalera” de la participación: la iniciativa, que consiste en elaborar y proponer recomendaciones, sin que medie una consulta previa; y el control o fiscalización, en el que desde la sociedad civil se realiza una labor de supervisión del gobierno.
- ⇒ En relación con los mecanismos de participación, se pueden plantear procesos directos de participación ciudadana, procesos mediados a través de estructuras articuladas de la sociedad civil (asociaciones, fundaciones, etc.) y procesos mixtos. Incluso los procesos de participación directa los podemos subdividir en procesos de participación individual, grupal o colectiva.
- ⇒ En cuanto a los contenidos, la participación puede referirse a problemáticas o necesidades comunes a una sociedad o a una comunidad, puede estar relacionada con un colectivo concreto, e incluso puede referirse a la participación de una persona en su propio proceso de salud.

En nuestra legislación, tanto en la sanitaria como en la social, la participación social está contemplada e incluso cuenta con una normativa específica. Aunque ya en las leyes de servicios sociales de primera generación (años 80) la participación estaba presente, las leyes más actuales la incluyen también en las carteras de servicios y la vinculan con la calidad y los derechos y deberes de profesionales y personas usuarias, así como con la implicación de la iniciativa social en la prestación de servicios. En cuanto al Sistema Nacional de Salud, regula la participación mediante la Ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que incorpora “el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen”.

La existencia de toda esta normativa no implica que realmente se cumpla, o que la manera en la que se cumple suponga una real participación social. Más bien al contrario, las opiniones críticas respecto a la manera en la que se gestiona la participación son abundantes tanto en el sistema sanitario como en el social. Respecto al sistema sanitario, Martín-García, et al (2006) afirman que “es una paradoja que la participación comunitaria se considere un principio fundamental en cualquier texto legislativo internacional, estatal o autonómico y suela ser un leitmotiv destacado en las intervenciones de todos los políticos, sea cual sea su adscripción ideológica, mientras que apenas hay medidas concretas y apoyo institucional real que permitan su desarrollo”.

Como decíamos al referirnos al concepto de participación, los mecanismos para desarrollarla pueden ser muy variados. Así, se pueden implementar procesos dirigidos a que las asociaciones participen en las políticas de una sociedad. También las propias asociaciones pueden desarrollar procesos para reforzar su participación interna, logrando así constituirse en un real elemento me-

diador entre la sociedad y las administraciones públicas. Asimismo, se pueden poner en marcha procesos para que la propia población (individual o grupalmente) participe en las políticas de las administraciones públicas o en las políticas de las asociaciones. Por otro lado, también hemos comentado que existen diferentes niveles de participación: la información, la consulta, la iniciativa, la delegación o cogestión y el control. Pues bien, en los siguientes apartados analizaremos la situación de cada uno de estos mecanismos y niveles de participación en el ámbito de la intervención con la comunidad gitana. Asimismo, plantearemos algunas propuestas de mejora.

4.5.4.2. La participación de las asociaciones gitanas en las políticas.

Hasta el momento, la participación de las asociaciones gitanas se ha orientado principalmente hacia la consulta-control, a través de su participación en consejos u otro tipo de órganos de participación, y hacia la delegación o cogestión, a través del desarrollo de servicios subvencionados, concertados o contratados con las administraciones públicas.

En relación con los órganos de participación, Pastor (2012) realizó una evaluación de su funcionamiento en el ámbito de los servicios sociales. Por su interés, y también por su transferibilidad al análisis de otros sistemas, expondremos a continuación una síntesis de sus reflexiones:

- La representación en los consejos de participación tiene mayoritariamente una base asociativa y no de personas individuales, plataformas o pequeñas entidades.
- Además, ciertas organizaciones acaparan la representación social en múltiples foros participativos.
- La utilización de lenguajes o documentos tecnocráticos provoca la exclusión de personas u organizaciones que no son capaces de manejarse en ese nivel de argumentación.

- Se trata de espacios consultivos y no vinculantes para las administraciones públicas, por lo que el concepto de participación que se maneja es muy restrictivo.
- Las organizaciones sociales participan como “consumidores invitados” de la información facilitada por la administración pública, pero no como protagonistas.
- Los procedimientos participativos son percibidos y considerados más un trámite técnico-administrativo a cumplir que un proceso político.

En cuanto al desarrollo de servicios por parte de las asociaciones gitanas, sus principales potencialidades residen en que éstos pueden estar mejor adaptados y ser más cercanos para la po-

blación gitana. Sin embargo, es importante tener en cuenta también algunos riesgos: que las asociaciones focalicen su trabajo en la gestión y no incidan suficientemente en otras áreas fundamentales de su misión (la reivindicación, la participación social, etc.); la dependencia económica de las administraciones públicas, que puede generar importantes dilemas a las asociaciones en torno a su identidad, autonomía y ética; que las administraciones públicas deleguen completamente en las asociaciones y se inhiban de sus responsabilidades en el desarrollo de la comunidad gitana.

En la siguiente tabla vamos a tratar de reproducir, desde nuestra experiencia, qué pautas debe seguir una asociación gitana para desarrollar una buena labor de influencia política.

Información 	Promover que las administraciones públicas, y sus diferentes centros y servicios vinculados, ofrezcan información de buena calidad sobre lo que hacen, lo que han hecho y lo que van a hacer. Una información de calidad es aquella que reúne las siguientes características: facilitada con una afán de bilateralidad (es decir, esperando una respuesta por parte del interlocutor), aportada a tiempo (es decir, no cuando ya no hay posibilidad de respuesta), que responde a lo que la comunidad necesita saber (y no únicamente a lo que la administración pública quiere contar), que es veraz, que está planteada en un lenguaje y formato comprensible para el interlocutor.
Consulta 	Promover que los procesos y órganos de participación creados por las administraciones públicas: no sean únicamente consultivos, sino que sus decisiones sean vinculantes; que sean representativos respecto a la diversidad de la sociedad civil; que la información que se aporte sea de calidad, de acuerdo con los criterios planteados anteriormente; que los procesos de respuesta a la consulta sean factibles en cuanto a plazos, canales y procedimientos.
Iniciativa 	A través de la información de calidad aportada por las administraciones públicas, y de otras informaciones que la propia asociación recopile, se deben plantear iniciativas relacionadas con la puesta en marcha de nuevas acciones o la mejora de las que están siendo desarrolladas. Estas iniciativas deben estar bien fundamentadas: en los modelos consensuados en el ámbito científico, en las investigaciones del sector, en el marco institucional vigente y en las necesidades y demandas de la población gitana. Estas iniciativas deben ser planteadas a través de los canales y organismos de participación existentes, o a través de procesos de interlocución política o técnica creados ad-hoc. Es muy importante que las iniciativas lleguen consensuadas y avaladas por parte de otras entidades (del ámbito de intervención con la comunidad gitana, pero también de otros sectores).

Delegación o cogestión	 Procurar que los servicios o programas gestionados por la asociación tengan el mayor nivel de inserción posible en el sistema sanitario. Como mínimo, se debería conseguir que se desarrollen en el marco de un convenio entre la asociación y la administración sanitaria correspondiente. El grado máximo de inserción podría consistir en que el programa o servicio formase parte de la cartera de servicios del sistema de salud autonómico correspondiente. La inserción en el sistema sanitario conlleva diferentes ventajas: facilita la coordinación con el resto de servicios y profesionales sanitarios, refuerza el posicionamiento institucional del programa o servicio, evita el riesgo de inhibición del sistema sanitario y facilita que el sistema vaya asumiendo competencias interculturales.
Control	 Si se logra que las administraciones públicas aporten información de calidad (como la referida en el apartado “información”) y se consigue que los procesos y órganos de participación cumplan los requisitos referidos en el apartado de “consulta”, las asociaciones podrán realizar una efectiva y constructiva labor de control.

4.5.4.3. La participación interna en las asociaciones gitanas.

El asociacionismo gitano surge fundamentalmente durante la transición democrática con el objetivo de “crear nuevas estructuras transversales a los grupos de parientes, capaces de captar recursos y atención pública, más posible con la llegada de la democracia, y crear una autoimagen más positiva y una solidaridad más unitaria que permitiera una articulación global en el conjunto de la sociedad” (San Román, 1999). Su desarrollo a lo largo de las últimas décadas ha seguido un proceso muy similar al del asociacionismo en general. El espíritu movilizador inicial, al igual que ocurrió en el conjunto de la sociedad, fue retrocediendo y dejando cada vez más espacio a la gestión de proyectos y servicios financiados por las administraciones públicas. Así, muchas asociaciones fueron asumiendo un modelo de fun-

cionamiento tecnocrático muy orientado a cumplir las exigencias derivadas de la gestión de servicios y de los compromisos con las administraciones financiadoras. Como ha ocurrido en el Tercer Sector en general, ese modelo de funcionamiento presenta importantes riesgos: que se tenga la sensación de “no tener tiempo” para la participación; que se produzca una desconexión con las personas asociadas (e incluso con las juntas directivas), que precisan plazos, lenguajes y procedimientos diferentes a los propios del modelo tecnocrático; que se debilite el espíritu asociativo y el sentimiento de identificación con la asociación; que se produzcan relaciones clientelares con las administraciones públicas.

En la siguiente tabla vamos a tratar de reproducir, desde nuestra experiencia, qué pautas debe seguir una asociación gitana para favorecer una buena participación interna.

Información 	Existencia de un protocolo de acogida para que todas las personas que se integren en la asociación (como socio-a, como trabajador-a, o como voluntario-a) conozcan su historia, filosofía, estructura, servicios, espacios y mecanismos de participación, etc. Como parte de este protocolo, es importante entregar a cada persona un documento en el que se resuman todos estos contenidos, además de los estatutos y reglamento de régimen interno. Además de en las asambleas, o en reuniones informativas específicas, debe existir un sistema de información permanente a todos los integrantes de la asociación (socios-as, trabajadores-as, voluntarios-as) sobre proyectos, actividades, asambleas, reuniones, etc. Es importante utilizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación; web, redes sociales, sms, whatsapp, etc. Algunas informaciones podrán ser iguales para todos los sectores de la asociación, mientras que en algunos casos será necesario diferenciar los contenidos dependiendo de si son para la junta directiva, o para el conjunto de personas asociadas, o para trabajadores-as. En este caso también se deben tener en cuenta los criterios de calidad en la información ya referidos: facilitada con afán de bilateralidad, aportada a tiempo, que responde a lo que el interlocutor necesita saber, veraz y planteada en un lenguaje y formato comprensible.
Consulta 	Como ya hemos comentado, en todas las informaciones facilitadas debe existir un afán por conocer la opinión que los y las integrantes de la asociación tienen al respecto. En algunos casos, la consulta debe ser expresa. Para ello, se deben plantear procesos de respuesta a la consulta que sean factibles: que se disponga de la información necesaria, que los plazos sean adecuados y que los canales y procedimientos faciliten la respuesta. En el protocolo de acogida debe explicarse cómo son los procedimientos de consulta en la asociación.
Iniciativa 	Deben existir canales y procedimientos que permitan, a cualquier integrante de la asociación, plantear propuestas o iniciativas. Estos canales pueden ser muy variados: buzones de propuestas (físicos o en la web), definir un espacio en todas las asambleas para recoger iniciativas, establecer procedimientos para que cualquier miembro de la asociación (socio-a, trabajador-a, voluntario-a) pueda presentar en la junta directiva o en la dirección técnica una iniciativa, etc. En el protocolo de acogida debe explicarse cómo son los procedimientos para la recogida de iniciativas en la asociación.
Delegación o cogestión 	El voluntariado es la vía idónea para lograr que las personas (asociadas o no) participen en la cogestión de los servicios y proyectos de la asociación. Incluso determinados servicios pueden ser gestionados directamente por personas voluntarias. Podríamos decir que, por definición, toda asociación debe contar con espacios para el voluntariado. Para facilitar un buen funcionamiento del voluntariado, es importante que se cumplan al menos los siguientes requisitos: formación inicial y permanente del voluntariado, presencia de un o una profesional responsable del apoyo y seguimiento al voluntariado, proceso para la selección del voluntariado y para la adecuación entre el perfil de la persona y el puesto asignado. La junta directiva debe facilitar que cualquier integrante de la asociación pueda participar en el diseño, desarrollo y evaluación de alguna iniciativa (especialmente si ha sido propuesta por esa persona). Estas personas pueden integrarse en reuniones de los órganos de gobierno o del equipo técnico. Incluso se pueden crear grupos de trabajo compuestos únicamente por personas socias para trabajar determinado aspecto dirigido a mejorar el funcionamiento de la asociación. En el protocolo de acogida debe explicarse cómo son los procedimientos para la delegación o para la cogestión.



Control

La aportación permanente de información de calidad se constituye en un elemento fundamental para el control.

Deben existir espacios y procedimientos para que la junta directiva controle el funcionamiento del equipo técnico (por ejemplo; participación del equipo técnico en una parte de las reuniones de la junta directiva; entrega de informes periódicos; etc). Asimismo, deben existir espacios y procedimientos para que el conjunto de personas asociadas controle el funcionamiento de la junta directiva (como mínimo, las asambleas).

El buen funcionamiento de los mecanismos de consulta e iniciativa también pueden servir a esta labor de control.

En el protocolo de acogida debe explicarse cómo son los procedimientos de control.

4.5.4.4. La participación de la población gitana en las políticas.

La participación social supone la máxima expresión de la educación cívica, ya que pretende que el individuo tenga conciencia de su pertenencia a una comunidad (o a varias) y se implique activa y libremente en su mejora.

Una de las vías para la participación de las personas gitanas en las políticas es el asociacionismo gitano. Sin embargo, y como ocurre también en la mayor parte del Tercer Sector, la población identifica a las asociaciones como un espacio en el que disfrutar de servicios, y no tanto como un espacio de participación. Mención aparte debe hacerse del caso de los espacios religiosos “cuasi-étnicos” (“el Culto”), que se han constituido en un importante punto de encuentro, interacción y expresión identitaria. No obstante, y en general, no están representando todavía un relevante papel en la participación política, sino que sus dinámicas son de carácter fundamentalmente interno.

El asociacionismo gitano no es la única vía de participación, sino que también es necesaria la presencia de personas gitanas en otro tipo de espacios no étnicos y no específicos sobre comunidad gitana. Sin embargo, la participación de personas gitanas en asociaciones culturales, deportivas, vecinales, de padres y madres de alumnado, en partidos políticos o en sindicatos, desgraciadamente es muy pequeña hasta el momento. Asimismo, también es fundamental que la población gitana pueda tener vías directas, es

decir, no mediadas por asociaciones, de participación e incidencia en las políticas.

A pesar de las importantes debilidades que revelan este diagnóstico, apenas existen experiencias de planes estructurados y sostenidos que aborden la participación de la población gitana. Hasta el momento, la práctica totalidad de los esfuerzos han sido destinados a la necesaria intervención sobre las desigualdades que afectan a la población gitana en materia de empleo, vivienda, educación o salud. Sin embargo, la participación es una de las áreas fundamentales en cualquier proceso de inclusión social.

Cualquier plan que pretenda fomentar la participación de las personas gitanas debe recordar la diversidad de niveles o grados de participación existentes: tener información, ser consultado-a, poder aportar, poder cooperar, poder gestionar autónomamente, poder controlar la labor de las instituciones. Ninguno de estos niveles de participación es malo o bueno en abstracto. Todo depende de las características de la persona o grupo. Es decir, si una persona o un grupo está motivado, preparado y dispuesto a cooperar en el diseño, desarrollo y evaluación de un programa o una política, sería un grave error aportarle únicamente información, si la persona o grupo no está ni motivado, ni preparado, ni dispuesto a asumir responsabilidades, sería un error plantearle la autogestión. Por todo ello, una organización que pretenda promover la participación de la población debe tener en cuenta (Arza, 2002):

- ✓ Que cada persona o grupo se encuentra en un momento evolutivo distinto en cuanto a sus posibilidades y deseos de participación. Es necesario conocerlo, para reducir desequilibrios entre el nivel de participación que se ofrece y el que se puede y/o se quiere asumir.
- ✓ Es necesario también saber el tipo de actividad o tarea con la que cada persona o grupo se pueden sentir más motivado a la participación.
- ✓ El nivel de participación al que se quiere y puede comprometerse cada persona o grupo no es estático, sino que evoluciona. Una organización que promueva la participación debe contemplar entre sus objeti-

vos que las personas y grupos avancen en sus intereses y capacidades para la participación. El proceso lógico debe ser el siguiente:

- ⇒ Querer participar, para lo que se deben desarrollar actuaciones informativas y de sensibilización.
- ⇒ Saber participar, para lo que se deben desarrollar actuaciones formativas.
- ⇒ Poder participar, para lo que deben existir espacios y canales adaptados.

En la siguiente tabla vamos a tratar de reproducir, desde nuestra experiencia, qué pautas debe seguir una asociación gitana para fomentar la participación de la población gitana en las políticas.

Información 	Aportar información de calidad (es decir, facilitada con afán de bilateralidad, aportada a tiempo, que responde a lo que la comunidad necesita saber, veraz y planteada con un lenguaje y formato comprensible): sobre el funcionamiento, servicios y espacios para la participación de la asociación; sobre las políticas que afectan a la comunidad; sobre los canales y espacios de participación que puede utilizar (más allá de los específicos de la asociación gitana).
Consulta 	Poner en marcha desde la asociación procesos de consulta con la población gitana. Para ello se debe garantizar previamente que la población cuenta con la información suficiente. También es necesario que los plazos en el proceso de consulta permitan la participación efectiva. Algunas técnicas que se pueden utilizar son las siguientes: asambleas, grupos de trabajo, entrevistas a informantes clave, encuestas. La información obtenida en los procesos de consulta es devuelta a la comunidad. Asimismo, esta información es utilizada para reorientar el funcionamiento de la asociación y es transmitida a las administraciones públicas para que también influya en la reorientación de sus políticas. La asociación también debe promover y facilitar que las administraciones públicas, y otras asociaciones no específicas, generen sus propios procesos de consulta a la población gitana.
Iniciativa 	Deben existir canales y procedimientos que permitan, a cualquier persona gitana no socia, plantear propuestas o iniciativas a la asociación. Estos canales pueden ser muy variados: buzones de propuestas (físicos o en la web), facilitar que en las asambleas o en las juntas directivas pueda haber un espacio para recibir propuestas de personas gitanas no socias, etc. Si así lo precisaran, se debe acompañar y asesorar a las personas gitanas que deseen plantear iniciativas o propuestas a las administraciones públicas o a otro tipo de asociaciones.

Delegación o cogestión



La junta directiva debe facilitar que cualquier persona o grupo de personas gitanas no socias pueda participar en el diseño, desarrollo y evaluación de alguna iniciativa (especialmente si ha sido propuesta por esa persona). Estas personas pueden integrarse en reuniones de los órganos de gobierno o del equipo técnico. Incluso se pueden crear grupos de trabajo compuestos únicamente por personas no socias para trabajar determinado aspecto dirigido a mejorar el funcionamiento de la asociación o de las políticas dirigidas a la comunidad gitana.

La asociación debe promover que las administraciones públicas, y otras asociaciones no específicas, creen espacios para que personas gitanas participen en el diseño, desarrollo y evaluación de las políticas dirigidas a la comunidad gitana.

En esos casos, y si así lo precisaran, la asociación debe acompañar y asesorar a las personas gitanas en su proceso de participación.

Control



El adecuado funcionamiento de los anteriores niveles de participación es imprescindible para que se pueda producir el control de las políticas por parte de la población gitana.

FICHA 9

PROMOCIÓN DE LA SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA

La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas, los grupos y las comunidades, ejercer control sobre los determinantes sociales de la salud.

En el caso del Pueblo Gitano, el asociacionismo es una herramienta insustituible para la promoción de la salud. Además de mantener sus actuaciones habituales dirigidas a mejorar las condiciones socioeconómicas y del entorno, debe poner en marcha cuatro líneas de actuación:

- ⇒ Educación para la salud. Se debe trabajar la mejora de la información, el fomento de actitudes y valores saludables, así como el desarrollo de habilidades y el cambio de hábitos. Toda esta labor puede ser realizada de manera grupal o a través de la orientación individual. En cualquiera de los casos, el o la agente de salud debe tener un estilo educativo caracterizado por el respeto, la empatía, el refuerzo, la conciencia sobre los propios prejuicios y la autenticidad o congruencia. Asimismo, sea la intervención grupal o individualizada, el o la agente de salud debe utilizar procesos y técnicas de participación activa.
- ⇒ Acompañamiento sociosanitario. Es preciso para casos con problemáticas relacionadas con la salud, pero que sufren una situación global de fuerte exclusión social. Supone el desarrollo de un proceso de intervención individualizado, próximo y dilatado en el tiempo.
- ⇒ Intersectorialidad. Su necesidad se hace evidente si tenemos en cuenta el modelo de determinantes sociales de la salud. Por ello, la salud debe integrarse en todas las políticas. El papel del asociacionismo gitano es especialmente relevante en el trabajo comunitario en red. Desde el espacio local se debe promover la creación de redes que impulsen planes intersectoriales de salud.
- ⇒ Fomento de la participación. El asociacionismo debe fomentar la participación interna, reforzar su influencia política y facilitar la participación de la población gitana en las políticas. Para ello, debe trabajar simultáneamente diferentes niveles de participación: información, consulta, iniciativa, delegación-cogestión y control.

En el desarrollo de todas estas líneas de actuación pueden y deben ser incorporadas las estrategias presentadas en el apartado 4.4. Por ejemplo, la educación para la salud puede ser aplicada por peer worker, la mediación social intercultural puede ser una de las metodologías de intervención aplicadas en un proceso de acompañamiento sociosanitario, mientras que la competencia intercultural debe ser un elemento transversal a todas las líneas de actuación propuestas.





05.

PLANIFICANDO NUESTRA ACTUACIÓN

Sandra, Tamara y Samuel están sentados en torno a una mesa, es decir, el Grupo Promotor⁸¹ del Programa de Salud está reunido. Desde luego, esta no es la primera reunión (ni la segunda, ni la tercera, ni la cuarta,...), ni será la última. Ya llevan varios meses trabajando con gran esfuerzo y motivación en el impulso del Programa, pero los resultados van siendo tangibles. Ya han superado con razonable éxito las primeras fases: el Compromiso⁸², la Organización inicial⁸³ y la Formación⁸⁴. Ahora entramos en la cuarta fase: LA PLANIFICACIÓN. Para trabajar en ella, el Grupo Promotor ha recibido varios documentos y fichas de trabajo desde la coordinación general de Equi-Sastipen-Rroma. Sandra, Tamara y Samuel, los han estudiado con atención y, en esta reunión, van a empezar a trabajar sobre ellos. El primer mensaje importante ya estaba en el mismo correo electrónico recibido con la documentación.

De: coordinacion.sastipen@unige.es

Para: sandrigitana@world.es

Estimadas compañeras y estimados compañeros:

Después del curso de formación, que tan gratos recuerdos nos ha dejado al equipo de coordinación, os invitamos a iniciar una fase de gran relevancia para el Programa: LA PLANIFICACIÓN.

En este correo os adjuntamos algunos documentos que os pueden resultar de utilidad en esta fase, y algunas fichas que deberéis cumplimentar para el diseño de vuestro programa. No obstante, antes os queríamos trasladar una reflexión sobre el sentido que para nosotros y nosotras tiene la planificación.

En demasiadas ocasiones se concibe la planificación como la redacción de un documento que sirve para cumplir algún requisito burocrático (por ejemplo, la solicitud de una subvención). Por ello, "ese honor" suele ser encomendado a una persona que lo elabora prácticamente al margen del resto del equipo (e incluso de la realidad) y que posteriormente (lógicamente) es guardado "en un cajón" y olvidado por los y las agentes que desarrollan ese programa. Por el contrario, en nuestro caso concebimos la planificación de una manera diferente. Para nosotras y nosotros la planificación es un proceso lógico y participativo de toma de decisiones, mientras que el documento descriptivo del programa debe ser una herramienta de apoyo (y compromiso) para cada

81.- Ver definición de Grupo Promotor en apartado 4.5.3.2.

82.- Ver apartado 2.

83.- Ver apartado 3.

84.- Ver apartado 4.

uno y cada una de las personas del equipo. En ese sentido, os queremos insistir en la importancia que esta fase tiene en el proceso para el desarrollo de Equi-Sastipen-Rroma.

Os insistimos en que estamos a vuestra disposición para cualquier duda o demanda de apoyo.

Un abrazo.

Equipo Coordinador Equi-Sastipen-Rroma

5.1. LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD.

En el correo también se planteaba que la primera tarea debía consistir en crear una red comunitaria denominada “comisión de salud”, según la terminología utilizada por Equi-Sastipen-Rroma. La comisión de salud se constituye en un elemento nuclear del Programa, ya que permite el cumplimiento de uno de los principios metodológicos fundamentales de Equi-Sastipen-Rroma: el trabajo comunitario⁸⁵. La comisión de salud facilitará que las diferentes fases de la planificación puedan ser realizadas de manera intersectorial: el análisis de la realidad, el diseño, el desarrollo de las actuaciones y la evaluación.

Para esta tarea, el Grupo Promotor debía tener en cuenta los contenidos planteados en el curso respecto al trabajo comunitario en red⁸⁶. La red se irá consolidando a través del trabajo conjunto, pero para un “buen inicio” se insistía especialmente en las siguientes tres ideas-fuerza:

TRES IDEAS-FUERZA PARA EL TRABAJO COMUNITARIO EN RED

Conocer la comunidad, y especialmente sus diferentes asociaciones y recursos.

Fomentar el debate, la reflexión y la formación conjunta entre los integrantes de la red.

Definir con claridad la distribución de tareas, los procedimientos de comunicación interna y los métodos para la toma de decisiones.

En relación con la primera idea-fuerza, la asociación ya cuenta con un conocimiento previo importante sobre la comunidad. Además, Sandra realizó una primera “ronda de conversaciones” al inicio del proceso⁸⁷. En esa “ronda” pudo transmitir algunas ideas iniciales sobre el Programa y recoger las primeras expectativas y actitudes de los recursos de la comunidad ante la intervención en salud con la población gitana. No obstante, se propone, como recurso para incrementar el conocimiento sobre la comunidad, la realización de un mapa de redes: Ficha 9.

En cuanto a la segunda idea-fuerza, una de las primeras actuaciones de la comisión de salud puede ser la organización de una jornada interna de formación y reflexión. El dossier del curso de formación⁸⁸, y especialmente las fichas 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 8, pueden constituirse en un buen material de trabajo para esa jornada.

Finalmente, y en relación con la tercera idea-fuerza, la realidad es que la estructura organizativa de la comisión de salud deberá ser construida paulatinamente y de manera flexible. No obstante, en un inicio deben pactarse algunas normas básicas de funcionamiento.

85.- Ver ficha 2.

86.- Ver apartado 4.5.3.2.

87.- Ver apartado 3.

88.- Ver apartado 4.

FICHA 10

MAPA DE REDES

Para la elaboración de un mapa de redes o ecomapa es necesaria la participación de distintos miembros significativos de la asociación (o del grupo promotor) y que intervengan en áreas diferentes.

- El primer paso para la construcción del ecomapa es la realización del mapa de públicos. Este es un documento donde se recogen todos los recursos, organizaciones y servicios con los que se mantiene relación o sería necesario mantenerla para el desarrollo de nuestra intervención. En cada recurso o servicio es necesario que aparezca una persona de contacto, que sea significativa para la organización, con nombre y apellidos, dirección, teléfono y cargo que ocupa.
- El segundo paso es dibujar el ecomapa:
 - Nuestra organización (asociación o grupo promotor) es el círculo central.
 - Se van poniendo alrededor del círculo central todas las organizaciones, recursos y/o servicios con las que se trabaja o se considera que se debería trabajar.
 - Clasificar las organizaciones según su grado de importancia en el sector. Las figuras geométricas serán más grandes o más pequeñas dependiendo de la importancia de la entidad.
- El tercer paso consiste en dibujar las líneas de relación entre las organizaciones representadas y nuestra organización. Las líneas de relación tienen que reflejar:

FLUJO DE LA RELACIÓN	
Flujo en ambas direcciones	Flujo en una única dirección
	

INTENSIDAD DE LA RELACIÓN		
Relación intensa	Relación débil	Relación conflictiva o rota
		

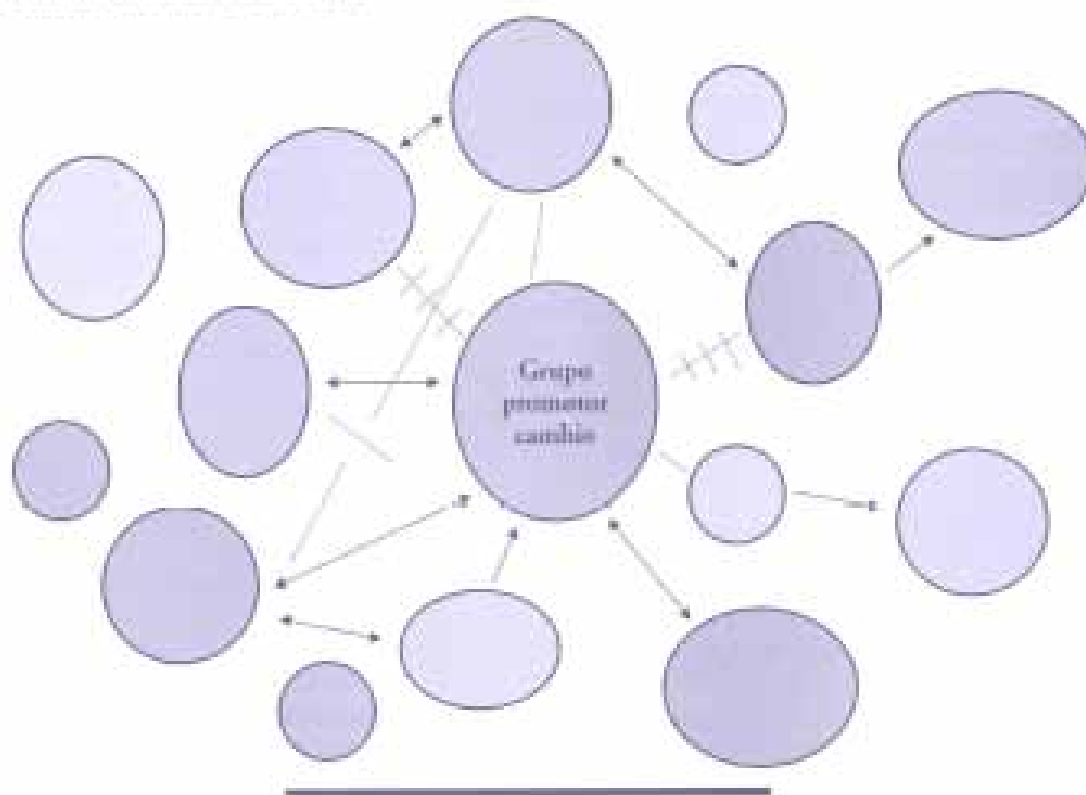
Cuando no exista relación, no se dibuja ninguna línea.

El cuarto y último paso es, una vez dibujado el ecomapa, la realización del análisis de las relaciones de red que aparecen reflejadas en el mismo y las estrategias de mantenimiento, mejora y establecimiento de nuevas relaciones significativas para la organización.

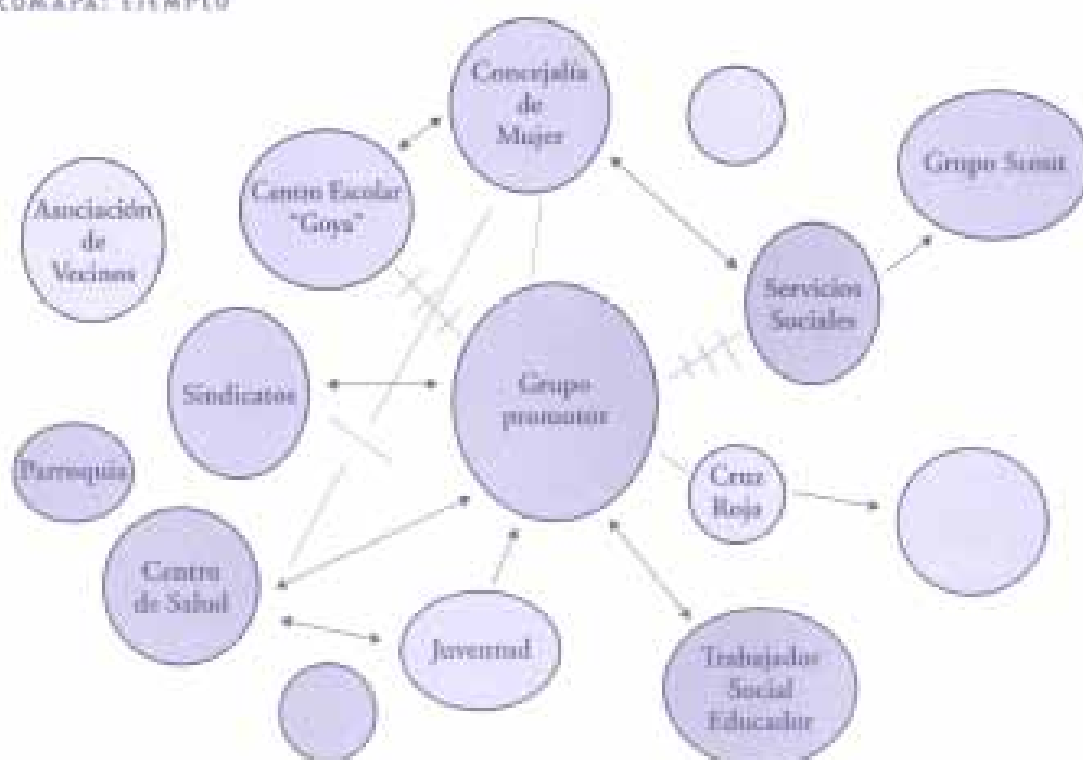
El ecomapa puede volver a ser realizado periódicamente, para analizar la evolución de las relaciones entre organizaciones de la comunidad.

A continuación mostramos un ejemplo de ecomapa.

ECOMAPA: FICHA DE TRABAJO



ECOMAPA: EJEMPLO



5.2. LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ESTRATÉGICA.

En cualquier campo es preciso disponer de un modelo teórico explicativo sobre el fenómeno que se pretende abordar. El modelo teórico nos ayuda a seleccionar los objetivos prioritarios, los contenidos sobre los que se debe incidir, las metodologías más adecuadas, etc.

En este momento del proceso, y tras el curso de formación, debe estar suficientemente claro cuáles son “los ingredientes” que componen la Fundamentación Teórica de Equi-Sastipen-Roma. Fundamentalmente son dos:

1. El modelo de determinantes sociales de la salud, que en el caso de la comunidad gitana permite entender la desigualdad en salud como la confluencia de una serie de factores relacionados con la exclusión social y con las dificultades en el encuentro intercultural⁸⁹. Asimismo, del modelo de determinantes sociales se deriva la opción por un enfoque de promoción de la salud⁹⁰.
2. El modelo de la competencia intercultural, que focaliza su atención en las transformaciones sociales, institucionales y profesionales que deben desarrollarse para facilitar un constructivo encuentro intercultural⁹¹.

También es fundamental enmarcar el Programa en el contexto institucional y estratégico de referencia. En nuestro caso, ese marco está conformado por los siguientes elementos:

- ⇒ La Estrategia para la Inclusión Social de la Población Gitana (2012-2020).
- ⇒ El plan o estrategia autonómica de intervención con la comunidad gitana.
- ⇒ Otros planes autonómicos o locales que puedan ser de referencia para el trabajo con la comunidad gitana.
- ⇒ El plan estratégico de la asociación.

89.- Ver apartado 4.2.1.

90.- Ver apartado 4.5.

91.- Ver apartado 4.4.3.

5.3. LA FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA.

El diagnóstico es una fase fundamental en todo proceso de planificación. Se trata de comprender la realidad sobre la que vamos a desarrollar nuestra acción y de identificar las necesidades de la población con la que queremos trabajar. Desde nuestro punto de vista, dos son las razones que justifican la enorme importancia de esta fase:

- Es fundamental para adaptar la intervención a la realidad sobre la que se va a trabajar. Equi-Sastipen-Roma propone un proceso metodológico de referencia, pero su concreción en una zona concreta debe ser realizada en función de las características de la misma.
- Es imprescindible para poder evaluar los resultados, es decir, para poder comparar una situación previa (diagnosticada) con la situación posterior a la intervención realizada.

Por otro lado, si este análisis de la realidad es realizado de manera participativa (tal y como proponemos), supone una oportunidad para la cohesión del equipo y el fortalecimiento del trabajo en red.

El análisis de la realidad supone responder a tres preguntas:

Recuerda

- ⇒ ¿Qué queremos saber?
- ⇒ ¿Qué técnicas vamos a utilizar para analizar la realidad?
- ⇒ ¿Qué conclusiones extraeremos tras el análisis de la información recopilada?

- ✓ ¿Qué queremos saber?

Se trata de determinar las variables que vamos a estudiar u observar en el análisis de la realidad. De entre todas las que se podrían elegir, el equipo debe priorizar aquellas más relevantes. En esta labor de priorización es importante tener en

cuenta el sentido común. Entre empezar a trabajar de manera intuitiva, sin pensar ni siquiera en las necesidades prioritarias, y dedicar más tiempo y recursos a analizar la realidad que a intervenir, existen muchas opciones intermedias, que son justo las que proponemos.

Finalmente, el equipo debe elaborar un guión con los temas que va a analizar. En la Ficha 10 realizamos una propuesta, pero que deberá ser adaptada a cada realidad.

- ✓ ¿Qué técnicas vamos a utilizar para analizar la realidad?

Desde nuestro punto de vista, las más adecuadas son las siguientes:

- Recopilación documental.

Se trata de consultar investigaciones, artículos, memorias,... que nos puedan aportar información. En nuestro caso podemos utilizar como referencia los estudios mencionados en el dossier de documentación del curso de formación, tanto el estudio específico de salud como otros que analizan los determinantes sociales (educación, vivienda, etc.)⁹² También es importante tener en cuenta todas las informaciones ya recopiladas por la asociación (y otras entidades de la comisión de salud) en sus servicios y programas no relacionados con salud.

Recuerda

Gran parte de las cosas que necesitamos saber, ya están escritas, tan sólo tenemos que recopilarlas

- Entrevistas a informantes-clave.

Los pasos que se deben seguir en la utilización de esta técnica son los siguientes:

- Seleccionar a las personas entrevistadas. Lo importante no es el número de entrevistas que realicemos, sino la adecuada selección de las personas entrevistadas. Es preciso que elijamos perso-

nas: representativas de los distintos sectores implicados en el programa; con información relevante; con capacidad reflexiva; con capacidad para comunicar sus reflexiones. Por ejemplo un profesional sanitario, un representante de los servicios sociales, una persona con liderazgo en la comunidad gitana, la directora de un centro educativo,...

- Elaborar un guión de la entrevista. El guión puede ser confeccionado, por ejemplo, en torno a las preguntas que sugeríamos en la Ficha 10. No obstante, debemos tener en cuenta que el guión debe ser observado como una estructura flexible, ya que la entrevista debe fluir como un diálogo abierto, y no como un test de pregunta-respuesta.
- En el desarrollo de la entrevista es necesario tener prevista la forma en la que será recogida la información. Si la persona que dirige la entrevista va tomando notas simultáneamente, es posible que no pueda conducirla adecuadamente. Por ello, se puede optar por una de las siguientes alternativas: que en la entrevista haya otra persona que tome las notas; que se grabe la entrevista.
- Finalmente se realiza un informe en el que se recojan las ideas fundamentales extraídas de las entrevistas, con especial atención a los temas de consenso y a los de disenso.

Recuerda

Gran parte de las cosas que necesitamos saber, ya las conocen personas de la comunidad, tan sólo tenemos que preguntarlas

92.- Ver apartados 4.2.2. y 4.1.4.

- Técnicas grupales.

Los grupos sirven para obtener información de tipo cualitativo, al igual que las entrevistas. Respecto a ellas, tienen ventajas e inconvenientes:

- ⇒ Ventaja: si el grupo es participativo, la información que se obtiene no consiste en la suma de los puntos de vista individuales, sino también en la creación de nuevas informaciones a través del contraste y la reflexión conjunta.
- ⇒ Inconveniente: no se puede profundizar en los puntos de vista individuales.

Por ello, lo idóneo es combinar entrevistas individuales y grupos de reflexión.

Para su desarrollo es necesario definir previamente algunas cuestiones:

- ⇒ Los y las participantes. En cuanto a su perfil, los criterios de selección serían los mismos que hemos mencionado en la entrevista. También debemos considerar si es más adecuado convocar un grupo heterogéneo (personas representativas de los distintos sectores implicados) u homogéneo. Si fuera homogéneo, tendríamos que convocar varios grupos (uno por cada sector implicado).
- ⇒ El guión del grupo. Lo mismo que hemos señalado en la entrevista.
- ⇒ La metodología del grupo. Podemos utilizar alguna de las técnicas recogidas en el Anexo 2: lluvia de ideas, phillips 6-6, grupo nominal, análisis del campo de fuerzas,...
- ⇒ En cuanto a la forma de recoger la información del grupo, lo idóneo es que la persona que los dirija pueda ir anotando las conclusiones en un papelógrafo.

Recuerda

Gran parte de las cosas que necesitamos saber, ya las conocen personas de la comunidad, tan sólo tenemos que ponerlas en común

Todas estas técnicas pueden ser utilizadas sin que en el equipo haya personas expertas en investigación. No obstante, si contamos con la colaboración de alguna persona especializada, mejor será su funcionamiento⁹³. Además, si ese fuera el caso, incluso podríamos emplear otras técnicas de gran interés, pero que requieren mayores competencias técnicas para su manejo: grupo de discusión, encuesta, etc.

- ✓ ¿Qué conclusiones extraemos tras el análisis de la información recopilada?

El análisis de la realidad nos tiene que servir para tomar algunas decisiones relacionadas con el diseño de nuestro programa. Principalmente nos debe ayudar a decidir:

- ⇒ La población objetivo a la que nos vamos a dirigir: ¿toda la población gitana de la zona?, ¿únicamente la de determinados sectores?, ¿sólo la población menor de edad?, ¿únicamente las mujeres gitanas de más de 55 años?, ¿sólo las unidades familiares con hijos e hijas en edad escolar?,...
- ⇒ Los temas que deberemos trabajar prioritariamente con esta población: ¿tabaquismo?, ¿adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas?, ¿alimentación?, ¿ejercicio físico?,...
- ⇒ Los recursos comunitarios con los que debemos trabajar, y los espacios de coordinación y participación con los que debemos contar.

Recuerda

Debemos tener en cuenta que nuestra propia intervención nos aportará nueva información sobre la realidad en la que trabajamos. El análisis de la realidad no es sólo una fase que se realiza al inicio de la intervención, sino que constantemente estaremos recibiendo nueva información y reajustando el análisis de la realidad.

93.- Por ejemplo, si no disponemos de recursos económicos para contratar a una persona experta en investigación, podemos establecer un convenio de colaboración con alguna universidad para contar con la colaboración de estudiantes de posgrado o de doctorado.

FICHA 11

GUIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD

1. Características demográficas:

- ⇒ Nº. unidades familiares.
- ⇒ Tamaño medio de las unidades familiares.
- ⇒ Distribución por sexo.
- ⇒ Distribución por edades.

2. Empleo:

- ⇒ Incidencia del paro.
- ⇒ Incidencia de la precariedad laboral.
- ⇒ Tipo de ocupaciones más habituales.

3. Ingresos económicos:

- ⇒ Presencia de familias sin ningún ingreso económico declarado.
- ⇒ Presencia de familias que perciben ayudas económicas de servicios sociales.

4. Educación:

- ⇒ Grado de escolarización en las diferentes etapas educativas: infantil, primaria y secundaria.
- ⇒ Grado de éxito escolar en primaria y secundaria.
- ⇒ Nivel educativo de padres y madres con hijos e hijas en edad escolar.

5. Vivienda:

- ⇒ Existencia de infraviviendas.
- ⇒ Existencia de casos de hacinamiento.
- ⇒ Existencia de viviendas deterioradas (humedades, deficiencias en la construcción, entornos con suciedad o falta de infraestructuras adecuadas, etc.).
- ⇒ Problemas de desahucio.
- ⇒ Existencia de núcleos segregados.

6. Discriminación:

- ⇒ Tipo de imagen social de la comunidad gitana en la zona.
- ⇒ Grado de interacción social entre la comunidad gitana y el resto de población de la zona.
- ⇒ Existencia de algún tipo de conflicto interétnico.

7. Estado de salud:

- ⇒ Tipo de enfermedades crónicas más presentes, con especial atención a las mujeres mayores de 55 años.

8. Factores de riesgo cardiovascular:

- ⇒ Incidencia del tabaquismo en la población masculina adulta.
- ⇒ Incidencia del tabaquismo en la población femenina adulta.
- ⇒ Incidencia del tabaquismo en la población menor de edad, diferenciando también por sexo.
- ⇒ Incidencia del sedentarismo.
- ⇒ Incidencia de los hábitos alimenticios de riesgo, con especial atención a la población menor de edad.
- ⇒ Incidencia de la obesidad y el sobrepeso, con especial atención a las mujeres mayores de 16 años y la población menor de edad.

9. Utilización de los recursos sanitarios:

- ⇒ Asistencia a la consulta ginecológica.
- ⇒ Asistencia a mamografías y citologías.
- ⇒ Asistencia a odontología, con especial atención a la población menor de edad.
- ⇒ Tipo de percepción sobre los recursos sanitarios en la comunidad gitana.
- ⇒ Tipo de percepción sobre la comunidad gitana en los recursos sanitarios.

10. La comunidad:

- ⇒ Programas y recursos relacionados con la salud o con los determinantes sociales de la salud existentes.
- ⇒ Espacios de coordinación existentes.
- ⇒ Espacios de participación existentes y presencia de personas gitanas en los mismos.

5.4. LOS OBJETIVOS.

La delimitación de los problemas o necesidades (análisis de la realidad) debe ser transformada en una definición de los logros (objetivos) que queremos alcanzar con nuestro programa. Por lo tanto, estos logros u objetivos deben ser coherentes con la fundamentación diagnóstica realizada, pero también con la fundamentación teórica y estratégica.

Aunque algunos autores y autoras señalan más, podríamos distinguir dos tipos de objetivos:

1. Objetivo General o Misión del Programa.

No es necesario que esté formulado en términos medibles, pero debe proporcionar la dirección hacia la que se encamina el programa. Por ejemplo:

- Reducir las desigualdades en salud que afectan a la comunidad gitana del Barrio Lucero, promoviendo la participación de los diferentes sectores de la comunidad y desarrollando actuaciones de educación para la salud, acompañamiento sociosanitario y fortalecimiento de las competencias interculturales.

2. Objetivos Específicos.

Es importante que en nuestra labor de diseño distingamos claramente entre dos tipos de objetivos específicos:

- ✓ Los objetivos relacionados con “el qué” del programa, con los logros esperados, que son los objetivos de resultados. Este tipo de objetivos supone “poner en positivo” las necesidades detectadas en la fundamentación diagnóstica. Por ejemplo:
- ⇒ Si se detectó que el 30% del alumnado de educación infantil acude a clase sin haber tomado un desayuno saludable, se debería plantear un objetivo del siguiente tipo: Reducir, en el plazo de dos cursos escolares, a menos del 5% el porcentaje de alumnado gitano de educación primaria que en el Ba-

rio Lucero acude a clase sin haber tomado un desayuno saludable.

- ⇒ Si, a través de los estudios disponibles y de la percepción de los y las informantes-clave consultados, se considera que el tabaquismo tiene un impacto muy importante en los hombres gitanos, y se observa además que el número de personas que participan en programas de deshabituación tabáquica es prácticamente inexistente, se debería plantear un objetivo del siguiente tipo: Lograr que, en el plazo de dos años, completen el programa de deshabituación tabáquica del centro de salud al menos 65 hombres gitanos.
- Los objetivos relacionados con “el cómo”, con los medios, procedimientos o métodos utilizados para lograr los resultados, que son objetivos de proceso. En este caso no se trata de logros a conseguir con la población diana, sino de logros en la organización del equipo, en la gestión del programa, de logros que serán imprescindibles para alcanzar los objetivos de resultados.
- ⇒ Lograr que, en el plazo de un año, todo el equipo de la asociación cuente con una formación básica sobre salud.
- ⇒ Conseguir que, en el plazo de un año, todas las asociaciones y recursos públicos de la comunidad conozcan el Programa.
- ⇒ Alcanzar un grado de satisfacción medio de 7 sobre 10 en las encuestas realizadas a las personas que participan en actividades y servicios del Programa.

Se pueden incluir ambos tipos de objetivos, pero es un error que un programa (como ocurre en ocasiones) carezca de objetivos de resultados.

Finalmente, debemos tener en cuenta que unos objetivos específicos bien diseñados tienen que cumplir las siguientes características:

Criterios para diseñar objetivos específicos

- ⇒ Contribuir a avanzar en la solución de los problemas detectados en el diagnóstico.
- ⇒ Ser claros y precisos en su formulación.
- ⇒ Ser medibles y, por lo tanto, evaluables.
- ⇒ En su formulación debe aparecer definida la población diana.
- ⇒ En su formulación debe aparecer definida la temporalización.
- ⇒ En su formulación debe aparecer definida su área geográfica de actuación.
- ⇒ Ser coherentes con la fundamentación teórica.
- ⇒ Ser coherentes con la fundamentación diagnóstica.
- ⇒ Ser motivadores.
- ⇒ Ser realistas.
- ⇒ Poseer coherencia interna, es decir, la consecución de los objetivos específicos debe suponer la consecución del objetivo general (Arza y Carrón, 2004).

5.5. LA METODOLOGÍA.

Como ya señalamos en la ficha 2, Equi-Sastipen-Rroma cuenta con una serie de principios metodológicos que sirven como marco para el desarrollo de los programas comunitarios. Recordemos que son los siguientes:

- ⇒ Adaptación.
- ⇒ Coordinación.
- ⇒ Participación.
- ⇒ Mediación y educación entre iguales.
- ⇒ Trabajo comunitario.
- ⇒ Formación.
- ⇒ Normalización.
- ⇒ Estabilización.

El Grupo Promotor del programa debe velar permanentemente por el cumplimiento de estos principios metodológicos.

5.6. LA DEFINICIÓN DE LAS ACTUACIONES.

En la misma lógica de planificación empleada hasta el momento, la definición de las actuaciones debe ser coherente con las fases anteriores, es decir, las actuaciones que se definan deben:

- ⇒ Cumplir los principios metodológicos.
- ⇒ Servir para alcanzar los objetivos diseñados.
- ⇒ Tener en cuenta la fundamentación diagnóstica y teórico-estratégica.
- ⇒ Ser acordadas en el marco de la Comisión de Salud.

Asimismo, en la definición de las actuaciones se deben tener en cuenta las cuatro líneas de actuación definidas en el dossier de documentación del curso⁹⁴:

1. Educación para la salud.
2. Acompañamiento sociosanitario.
3. Intersectorialidad.
4. Fomento de la participación.

Como herramienta de trabajo, proponemos a continuación una serie de fichas que pueden servir para planificar las actuaciones en general y para diseñar algunas actuaciones en particular:

- ⇒ Ficha 11. Es un cuadro de doble entrada que sirve para plasmar la planificación general del programa. En horizontal aparecen las cuatro líneas de actuación propuestas por Equi-Sastipen-Rroma, mientras que en vertical se sitúan los objetivos específicos del programa. Para ilustrar la lógica del cuadro, hemos definido algunas actuaciones que se podrían desarrollar con unos objetivos específicos que hemos diseñado a modo de ejemplo.
- ⇒ Ficha 12. Temporalización de las actuaciones a doce meses (utilizando el mismo ejemplo de la Ficha 11).

94.- Ver apartado 4.5.

- ⇒ Ficha 13. Planificación de un taller grupal de educación para la salud.
- ⇒ Ficha 14. Planificación de una sesión grupal de taller sobre educación para la salud.
- ⇒ Ficha 15. Planificación de un proceso individualizado de educación para la salud.
- ⇒ Ficha 16. Planificación de una sesión individualizada de educación para la salud.
- ⇒ Ficha 17. Áreas de análisis para el diagnóstico de un caso de acompañamiento sociosanitario.
- ⇒ Ficha 18. Modelo de diagnóstico para casos de acompañamiento sociosanitario.

También como herramienta de trabajo, en el Anexo 3 presentamos varias experiencias de programas que están desarrollando asociaciones gitanas. El equipo podrá utilizar estas experiencias como referencia para diseñar su propio programa. Asimismo, en el Anexo 4 figuran referencias bibliográficas y enlaces web a través de los que se puede acceder a materiales didácticos que pueden ser utilizados en el diseño y desarrollo del programa.

FICHA 12

PLANIFICACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

Líneas de actuación Objetivos	Educación para la salud	Acompañamiento socio sanitario	Intersectorialidad	Fomento de la participación	Otras actuaciones
Reducir, en el plazo de dos cursos escolares, a menos del 5% el porcentaje de alumnado gitano de educación primaria que en el Barrio Lucero acude a clase sin haber tomado un desayuno saludable.	Elaboración de un material didáctico sobre alimentación saludable, adaptado culturalmente. Organización de actividades grupales de educación para la salud, priorizando la alimentación saludable, con padres y madres del alumnado que participe en el servicio de desayunos saludables.	Incorporación de este objetivo en los procesos de acompañamiento socio sanitario a familias en situación de grave exclusión social.	En colaboración con los centros educativos, los servicios sociales y varias asociaciones comunitarias, organización de un servicio de desayunos saludables en el centro educativo del Barrio Lucero. Dirigido a todo el alumnado. En colaboración con el centro educativo, organización de actividades de fomento de la alimentación saludable en el aula.	Creación de un grupo de padres y madres que colaboren en el funcionamiento del servicio de desayunos saludables. Se potenciará que en el grupo también participen padres y madres gitanos-as. Creación de un grupo de trabajo con personas gitanas que participen en la elaboración del material didáctico sobre alimentación saludable. Ese grupo también participará en el diseño de la metodología de utilización del material y en el desarrollo de la misma.	
Lograr que, en el plazo de dos años, completen el programa de deshabituación tabáquica del centro de salud al menos 65 hombres gitanos.	Organización de un grupo de sensibilización para gitanos fumadores. El grupo sería de preparación para la incorporación posterior al programa de deshabituación tabáquica del centro de salud. Realización de sesiones individuales de orientación con personas gitanas que estén participando en el programa de deshabituación tabáquica del centro de salud. Elaboración de un material didáctico sobre tabaquismo, adaptado culturalmente.	Incorporación de este objetivo en los procesos de acompañamiento socio sanitario a personas en situación de grave exclusión social.	Organización de una sesión de trabajo sobre competencia intercultural para los y las profesionales que trabajan en el programa de deshabituación tabáquica del centro de salud. Participación del agente de salud del Programa en los grupos donde asistan personas gitanas.	Creación de un grupo de trabajo con personas gitanas que participen en la elaboración del material didáctico sobre tabaquismo. Ese grupo también participará en el diseño de la metodología de utilización del material y en el desarrollo de la misma.	



Lograr que, en el plazo de un año, todo el equipo de la asociación cuente con una formación básica sobre salud.					Organización de un curso de formación de 6 horas para todo el equipo. Preparación y entrega de un dossier de documentación sobre salud al equipo.
Conseguir que, en el plazo de un año, todas las asociaciones y recursos públicos de la comunidad conozcan el Programa.					Organizar un plan de visitas a cada asociación y recurso público para presentar el programa. Diseño y puesta en marcha de un plan de comunicación externa.
Alcanzar un grado de satisfacción medio de 7 sobre 10 en las encuestas realizadas a las personas que participan en actividades y servicios del Programa.					Elaborar cuestionarios (u otro tipo de herramientas) de satisfacción adaptados a cada población y a cada servicio o actividad del Programa. Asegurar la aplicación de esas herramientas de evaluación en cada servicio o actividad.

100

[illegible]

FICHA 14

PLANIFICACIÓN TALLER GRUPAL EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Nombre del Taller:

Características del grupo⁹⁵:

Objetivos de resultado que se quieren lograr en el grupo⁹⁶:

Contenidos a trabajar en cada una de las sesiones previstas:

Necesidades relacionadas con la sala y los medios técnicos:

Materiales necesarios:

Evaluación prevista⁹⁷:

Posibles dificultades o problemas previstos:

¿Cómo van a ser abordados?:

95.- Número de participantes previsto, determinantes sociales de la salud que afectan al grupo, grado de homogeneidad/heterogeneidad del grupo, intereses, necesidades, grado de sensibilización con los temas que se van a abordar, grado de sensibilización hacia el cambio en los temas que se van a abordar, etc.

96.- Teniendo en cuenta aspectos relacionados con la información, las actitudes y las habilidades. Deben ser coherentes con los objetivos de resultado del programa.

97.- Abordaremos esta cuestión en el apartado siguiente.

FICHA 15

PLANIFICACIÓN SESIÓN GRUPAL EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Nombre de la sesión:
Nombre del taller en el que está enmarcada:
Objetivos del taller que van a ser trabajados en la sesión:
Desarrollo temporalizado de la sesión ⁹⁸ :
Tipo de técnicas activas que van a emplearse ⁹⁹ :
Necesidades relacionadas con la sala y los medios técnicos:
Materiales necesarios:
Una vez diseñada la sesión, plantearse la siguiente pregunta. Teniendo en cuenta las características del grupo y su momento evolutivo ¿hemos reservado adecuadamente los espacios necesarios para motivar, ver, hablar, conocer y hacer? ¹⁰⁰ .
Observaciones recogidas una vez terminada la sesión (grado de consecución de los objetivos, variaciones que se han realizado en la metodología, actitudes percibidas en el grupo, grado de satisfacción percibida en el grupo, nivel de asistencia, etc.):

98.- Tener en cuenta la estructura básica de referencia presentada en el apartado 4.5.1.3.

99.- Ver apartado 4.5.1.3. y Anexo 2.

100.- Ver apartado 4.5.1.3.

FICHA 16

PLANIFICACIÓN PROCESO INDIVIDUALIZADO EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Tema principal que va a ser trabajado:

Características de la persona¹⁰¹:

Objetivos de resultado que se quieren lograr¹⁰²:

Contenidos a trabajar en cada una de las sesiones previstas:

Materiales necesarios:

Evaluación prevista¹⁰³:

Posibles dificultades o problemas previstos:

¿Cómo van a ser abordados?:

101.- En relación con los temas que se van a abordar: determinantes sociales de la salud que afectan a la persona, intereses, necesidades, grado de motivación, grado de sensibilización hacia el cambio, etc.

102.- Teniendo en cuenta aspectos relacionados con la información, las actitudes y las habilidades. Deben ser coherentes con los objetivos de resultado del programa.

103.- Abordaremos esta cuestión en el apartado siguiente.

FICHA 17

PLANIFICACIÓN SESIÓN INDIVIDUAL EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Nombre de la sesión:
Nombre del proceso individualizado de educación para la salud en el que está enmarcada: Objetivos del proceso individualizado de educación para la salud que van a ser trabajados en la sesión:
Desarrollo temporalizado de la sesión ¹⁰⁴ :
Tipo de técnicas activas que van a emplearse ¹⁰⁵ :
Materiales necesarios:
Una vez diseñada la sesión, plantearse la siguiente pregunta. Teniendo en cuenta las características de la persona y su momento evolutivo ¿hemos reservado adecuadamente los espacios necesarios para motivar, ver, hablar, conocer y hacer? ¹⁰⁶ :
Observaciones recogidas una vez terminada la sesión (grado de consecución de los objetivos, variaciones que se han realizado en la metodología, actitudes percibidas en la persona, grado de satisfacción percibida en la persona, etc.):

104.- Tener en cuenta la estructura básica de referencia presentada en el apartado 4.5.1.4.

105.- Ver apartado 4.5.1.4. y Anexo 1.

106.- Ver apartado 4.5.1.4.

FICHA 18

ACOMPAÑAMIENTO SOCIOSANITARIO Áreas de análisis para el diagnóstico

- ✓ Economía-Laboral.
 - ☞ Situación personal de ingresos económicos.
 - ☞ Situación de ingresos económicos en la unidad familiar.
 - ☞ Situación de empleo.
 - ☞ Situación de empleo de otros miembros de la unidad familiar.

- ✓ Educación.
 - ☞ Nivel de estudios.
 - ☞ Motivación hacia los estudios.
 - ☞ Nivel de estudios de otros miembros de la unidad familiar.

- ✓ Vivienda.
 - ☞ Situación de la vivienda en la que reside la unidad familiar.
 - ☞ Situación del entorno de la vivienda.

- ✓ Salud.
 - ☞ Cobertura sanitaria.
 - ☞ Estado de salud: enfermedades crónicas, factores de riesgo cardiovascular, salud mental, adicciones, etc.
 - ☞ Si es el caso, adherencia a los tratamientos y seguimiento de las enfermedades.
 - ☞ Realización de revisiones de salud.
 - ☞ Situación de discapacidad e incapacidad laboral.
 - ☞ Grado de autonomía en las actividades para la vida cotidiana.
 - ☞ Situación en salud de otros miembros de la unidad familiar.

- ✓ Socio-relacional.
 - ☞ Tipo de relaciones en la unidad familiar.
 - ☞ Tipo de relaciones con la familia extensa.
 - ☞ Tipo de relación y de participación en la comunidad.
 - ☞ Tipo de relación con los recursos comunitarios.

- ✓ Personal.
- ⇒ Competencias (cognitivas, actitudinales y procedimentales).
- ⇒ Recursos personales para el empleo.
- ⇒ Recursos personales para la educación.
- ⇒ Recursos personales para la participación.
- ⇒ Disposición para el cambio¹⁰⁷.
- ⇒ Dinamismos vitales (grado de confianza: en uno mismo, en las demás personas, en lo que depara el futuro, etc).



¹⁰⁷.- Ver apartado 4.5.1.1.

FICHA 19

ACOMPAÑAMIENTO SOCIOSANITARIO

DAFO Técnica para el diagnóstico compartido

Se trata de una técnica que suele ser utilizada habitualmente en diagnósticos de una organización o de un fenómeno. Sin embargo, creemos que también tiene muchas potencialidades para el diagnóstico de individuos, familias o grupos.

Una vez que hemos reunido información en torno a las áreas de la ficha 17, se trata de seleccionar, con la participación de la persona usuaria, los factores más relevantes del caso, organizados a partir de las palabras que conforman el acrónimo DAFO:

- ⇒ Debilidades. Son los aspectos internos, propios de la persona usuaria, que deben ser mejorados, que causan problemas, que “no funcionan bien”, que son débiles.
- ⇒ Amenazas. Lo mismo, pero en el caso del entorno de la persona.
- ⇒ Fortalezas. Son los aspectos internos, propios de la persona usuaria, que deben ser conservados, que “funcionan bien”, en los que nos debemos apoyar, que son fortalezas.
- ⇒ Oportunidades. Lo mismo, pero en el caso del entorno de la persona.

El valor añadido de esta técnica de diagnóstico consiste en que combina dos dimensiones de análisis que nunca debemos olvidar:

- La dimensión “interno/externo”.
- La dimensión “positivo/negativo”.

Como resultado, obtendremos un diagnóstico compartido que nos será de gran utilidad para el diseño del plan de actuación.

ACOMPAÑAMIENTO SOCIOSANITARIO

Diagnóstico DAFO

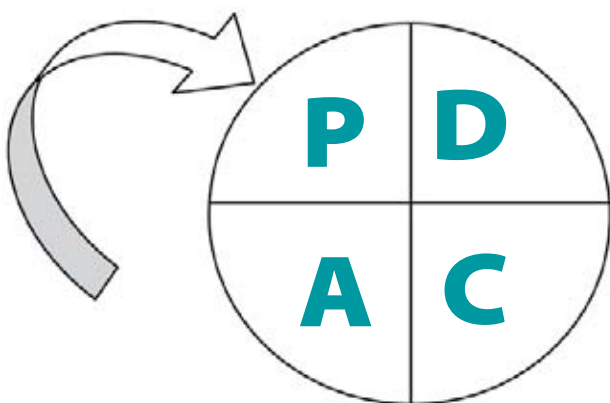
DEBILIDADES	AMENAZAS
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES

5.7. LA EVALUACIÓN.

La evaluación es un proceso de análisis de información que busca, mediante procedimientos sistemáticos y fiables, analizar la eficacia y eficiencia en el desarrollo de un programa o servicio. De esta manera se pretende mejorar el funcionamiento de las acciones presentes y la planificación apropiada de las futuras.

La evaluación está muy vinculada con el concepto de mejora continua. Este concepto suele ser representado a través de un círculo. Un círculo en el que se repite permanentemente un ciclo que debe ir enfocado hacia la mejora permanente:

- ⇒ Partiendo de un diagnóstico previo, se **PLANIFICA** procurando la mayor adaptación posible al contexto y a la población diana.
- ⇒ Se **DESARROLLA** lo planificado.
- ⇒ Se **monitorea**, **COMPRUEBA** o **evalúa** el proceso.
- ⇒ Se incorporan los resultados de la evaluación al diseño del programa (**ACTUALIZACIÓN**), fomentando así la mejora continua. Esta fase conecta con la planificación, cerrándose así el círculo.



Como podemos observar, la evaluación ocupa un lugar relevante (**COMPROBAR**) dentro del proceso de mejora continua.

Existen diferentes clasificaciones o tipologías de evaluación. Desde nuestro punto de vista, la

más útil es la que distingue entre evaluación del diseño, del proceso y de los resultados.

- ✓ La evaluación del diseño.

La evaluación del diseño trata de analizar la idoneidad del diseño del programa, antes de su aplicación. En ese sentido, procura contestar a preguntas del siguiente tipo:

- ⇒ ¿Están bien definidos los objetivos y los efectos esperados?
- ⇒ ¿Existen indicadores de resultados disponibles que sirvan para dar cuenta de la consecución o no de los objetivos?
- ⇒ ¿Se ha contrastado la posible eficacia del programa con otras alternativas existentes?
- ⇒ ¿Están de acuerdo todos los implicados en su desarrollo?
- ⇒ ¿Se ha definido con claridad la población diana?
- ⇒ ¿Se ha diseñado la implementación del programa adecuadamente?
- ⇒ ¿Tiene coherencia interna?
- ⇒ ¿Tiene una clara argumentación?
- ⇒ ¿Se apoya en un enfoque teórico? (GID, 2000).

Habitualmente, en la evaluación del diseño se utilizan guiones con indicadores de calidad que el programa debe cumplir. El equipo, y/u otros agentes externos, deben analizar el grado de cumplimiento de esos indicadores por parte del programa antes de ponerlo en marcha. En la Ficha 19 aportamos un ejemplo de guión para la evaluación del diseño.

La evaluación del diseño puede ser aplicada a un programa, pero también a cada una de sus actuaciones. Por ejemplo, en las Fichas 14 y 16, relacionadas con el diseño de sesiones grupales e individuales de educación para la salud, se incluye una pregunta que busca la evaluación del

diseño: "Teniendo en cuenta las características de la persona/grupo y su momento evolutivo ¿hemos reservado adecuadamente los espacios necesarios para motivar, ver, hablar, conocer y hacer?".

✓ La evaluación del proceso.

La evaluación del proceso pretende analizar cómo se ha desarrollado el programa, permitiendo observar hasta qué punto se ha cumplido lo planificado. Además, como se desarrolla antes de que el programa concluya, permite ir incorporando mejoras y previene desviaciones no buscadas.

Al igual que señalábamos en el análisis de la realidad, el primer paso que se debe dar en el diseño de una evaluación del proceso consiste en delimitar las preguntas a las que queremos responder. Para ello, debemos fijarnos inicialmente en los objetivos de proceso previstos. Como ejemplo de preguntas "típicas" en una evaluación de proceso, señalamos las siguientes (GID, 2000):

- ⇒ ¿Se ha realizado correctamente la difusión del programa para que éste llegue a la población diana?
- ⇒ En relación con la población que participa: ¿se ha alcanzado la cobertura deseada?, ¿cuáles son las características de las personas que participan en el programa?, ¿son las características previstas?, ¿son las características adecuadas para el programa?
- ⇒ En relación con el personal que colabora en el desarrollo del programa: ¿qué opinión tiene del programa el equipo técnico que lo lleva a cabo?, ¿están de acuerdo y creen que es adecuado para el objetivo a alcanzar?
- ⇒ En relación con los recursos que se están utilizando: ¿qué recursos han sido asignados?, ¿son suficientes?, ¿está claramente detallado el plan de funcionamiento?
- ⇒ En relación con las actividades que se desarrollan: ¿cuáles son las actividades desarrolladas por el programa?, ¿qué grado de

precisión han alcanzado?, ¿qué sistema se ha utilizado para su puesta en marcha?, ¿cuál ha sido la participación en las actividades?

- ⇒ En relación con la satisfacción de las personas participantes: ¿han quedado satisfechos los y las participantes con el programa?, ¿lo han encontrado aburrido, interesante, útil,...?
- ⇒ En relación con los imprevistos: ¿han ocurrido hechos inesperados tanto positivos como negativos para el desarrollo del programa?, ¿ha encontrado dificultades el equipo técnico para controlar los sucesos inesperados?
- ⇒ En relación con la coordinación: ¿ha funcionado la coordinación con otras entidades y/o personas?, ¿estaba claramente detallada?,....

En la evaluación del proceso podemos utilizar técnicas de diferente tipo. Varias de las que proponemos son las mismas que podemos utilizar también en el análisis de la realidad:

- Fichas para el registro de información.

Deben ser fichas que cumplan las siguientes características:

- ⇒ Fáciles de cumplimentar.
- ⇒ Que recojan la información realmente imprescindible. Antes de incluir una pregunta en la ficha, debemos preguntarnos: ¿ese dato nos va a aportar información significativa?, ¿seremos capaces de procesar los datos acumulados a través de esa pregunta?
- ⇒ Negociadas con las personas que deberán cumplimentarlas.

Las fichas de registro son esenciales para recopilar información cuantitativa. Por ejemplo: datos sobre las acciones del programa; sobre el número de personas atendidas; sobre el número de reuniones de coordinación; etc.

– Cuestionarios.

En la evaluación de procesos, los cuestionarios son empleados especialmente en la evaluación de la satisfacción de las distintas partes implicadas en el programa. En la Ficha 21 incluimos un ejemplo de cuestionario de satisfacción. Asimismo, en la Ficha 20 incluimos otro ejemplo de cuestionario dirigido a recoger la opinión del agente de salud sobre cada uno de los talleres grupales que desarrolle.

– Entrevistas.

Las entrevistas permiten obtener información cualitativa complementaria de los datos obtenidos a través de las fichas y los cuestionarios. En su desarrollo debemos seguir las mismas pautas ya especificadas en el apartado sobre análisis de la realidad.

– Grupos.

También en el caso de los grupos debemos seguir las mismas pautas ya especificadas en el apartado 5.3.

✓ La evaluación de los resultados.

La evaluación de resultados pretende analizar hasta qué punto el programa ha sido eficaz y eficiente. Analizaremos a continuación el significado de estos conceptos (Insúa, 1999):

- ⇒ Eficacia. La evaluación de la eficacia trata de establecer si tras la implantación del programa, los objetivos establecidos han sido alcanzados. En este caso se considera que el programa es eficaz.
- ⇒ Eficiencia. La evaluación de la eficiencia trata de indagar en torno a la relación entre los resultados obtenidos y los recursos y/o medios utilizados para conseguir los objetivos. Por tanto, implica su relación con los recursos invertidos y un análisis de costes-beneficios.

Para poder realizar este tipo de evaluación, es necesario que el programa tenga una clara definición de objetivos de resultados. A partir de

ellos, el equipo deberá delimitar las preguntas a las que debe responder la evaluación de resultados. Como ejemplo de preguntas “típicas” en una evaluación de resultados, señalamos las siguientes (GID, 2000):

- ⇒ ¿Cuáles han sido los efectos del programa?
- ⇒ ¿Se están obteniendo los resultados esperados?
- ⇒ ¿Se han producido efectos inesperados?
- ⇒ ¿Se pueden deber los efectos a procesos ajenos al programa?
- ⇒ ¿Se están consiguiendo los objetivos de resultados programados?, ¿se están consiguiendo en el grado previsto?
- ⇒ ¿Se mantienen los resultados conseguidos?, ¿cuánto tiempo se mantienen?
- ⇒ ¿Los recursos humanos, económicos y materiales utilizados han producido el mejor producto, actividad y/o servicio?
- ⇒ ¿Se habría obtenido el mismo servicio, actividad o producto con otros recursos?
- ⇒ ¿Se habrían obtenido los mismos resultados con unos recursos menores?

Existen numerosos diseños para realizar la evaluación de resultados. Algunos requieren unos conocimientos técnicos elevados, mientras en otros casos su aplicación es más sencilla.

– Evaluación post-intervención.

Este diseño es el que se utiliza con mayor frecuencia. Generalmente consiste en hacer una valoración al final del programa con el fin de saber en qué punto se encuentra el grupo o la persona al finalizar la intervención.

Generalmente se utiliza como instrumento un postest (cuestionario cumplimentado por la persona al finalizar la intervención). Con este instrumento se suelen analizar cambios relacionados con los conocimientos y las actitudes, aunque es mucho más difícil analizar cambios comporta-

mentales. Otro problema de este tipo de diseño consiste en que no podemos garantizar que los resultados del cuestionario respondan realmente al impacto de nuestra intervención, o si por el contrario ya eran así antes de nuestra actuación.

- Evaluación pre y post-intervención.

Se trata de medir la incidencia que ha tenido en el grupo la intervención que hemos llevado a cabo. El diseño más sencillo consiste en evaluar a los y las participantes en dos momentos, uno antes del programa y otro después, lo que nos indica si ha habido mejora en las personas que han participado en el programa. También las valoraciones suelen estar más relacionadas con conocimientos y actitudes, pero menos con comportamientos o habilidades. Asimismo, con este tipo de diseño no podemos estudiar el efecto que sobre los posibles cambios detectados hayan tenido otros factores ajenos a nuestra intervención.

- Diseños experimentales.

En este caso se utiliza la evaluación pre y post, pero además se cuenta con un grupo control equivalente. Es decir, otro grupo de características similares, pero con el que no se intervenga (aunque sí se le pasa el pretest y el posttest). Este tipo de diseño es el que nos puede ofrecer unos resultados más fiables. Sin embargo, no siempre es posible utilizarlo, debido a que requiere unos conocimientos técnicos elevados, además de exigir mucho tiempo y recursos.

- Evaluaciones cualitativas.

Consiste en analizar, desde la perspectiva de los y las participantes y/o de otros grupos de interés, el impacto del programa en los distintos sectores de la comunidad. Para ello se pueden aplicar las mismas técnicas que ya hemos ido refiriendo anteriormente: entrevistas a informantes clave, técnicas grupales, etc. En la Ficha 22 proponemos un guión de cuestiones que pueden ser planteadas para valorar resultados en una entrevista o en un grupo. Asimismo, en la Ficha 20 se contempla una pregunta para que el agente de

salud exprese su opinión sobre los resultados obtenidos en cada taller grupal que desarrolle.

FICHA 20

EVALUACIÓN DISEÑO

Guión para la evaluación de la idoneidad del programa

1. Compromiso y Organización.

- ✓ Los diferentes órganos (tanto técnicos como políticos) de la asociación han participado en la decisión sobre la puesta en marcha del programa.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Se ha buscado el compromiso del Sistema Sanitario con el programa.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Se ha buscado el compromiso de otros recursos comunitarios con el programa.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Para el diseño del programa se ha creado un grupo promotor en el que participa algún representante de otros recursos comunitarios (prioritariamente del Sistema Sanitario).

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ El grupo promotor ha recibido formación suficiente y adecuada.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Otros recursos comunitarios han participado en el diseño del programa, a través de la comisión de salud creada a tal efecto.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

2. Diseño del programa.

- ✓ Se describe con claridad la fundamentación teórica y estratégica de la que se parte.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Se describe con claridad la fundamentación diagnóstica de la que se parte

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ La definición de objetivos es coherente con la fundamentación teórica y diagnóstica.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Los objetivos son suficientes para incidir sobre las necesidades detectadas y priorizadas.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Los objetivos son realistas, teniendo en cuenta las características del contexto.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Los objetivos son evaluables.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Se contemplan, de manera equilibrada, actuaciones relacionadas con las cuatro líneas de actuación definidas por Equi-Sastipen-Rroma: educación para la salud, acompañamiento sociosanitario, intersectorialidad y fomento de la participación.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ La definición de las actuaciones es coherente con los principios metodológicos planteados por Equi-Sastipen-Rroma: adaptación, coordinación, participación, mediación-educación entre iguales, trabajo comunitario, formación, normalización y estabilización:

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Las actuaciones diseñadas son suficientes para cumplir los objetivos del programa.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Se ha previsto una estructura y procedimientos para la coordinación del programa.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Se han previsto espacios para el reciclaje o formación permanente del equipo.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ La definición de actuaciones es coherente con la disponibilidad de recursos.

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Se han previsto procedimientos claros y factibles para la evaluación del proceso (responsables, herramientas, espacios y tiempos).

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

- ✓ Se han previsto procedimientos claros y factibles para la evaluación de resultados (responsables, herramientas, espacios y tiempos).

Puntuación del 0 (incumplimiento absoluto) al 5 (máximo cumplimiento): ____

Observaciones sobre la puntuación:

3. Conclusiones generales y propuestas de mejora en el diseño del programa.

FICHA 21

EVALUACIÓN PROCESO Y RESULTADOS

Cuestionario evaluación talleres (a cumplimentar por agente salud)

Lugar en el que se ha realizado: _____

Fecha de la primera sesión: _____

Fecha de la última sesión: _____

Nº de personas que han participado: _____

Nº de personas que han asistido a cada sesión (por término medio): _____

El interés de los y las participantes por los temas tratados ha sido:

- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Medio
- ☐ Bajo.

La participación de los y las participantes durante las sesiones ha sido:

- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Medio
- ☐ Bajo.

¿Crees que los y las participantes han comprendido lo fundamental de cada tema?

- ☐ En general, sí
- ☐ En general, no
- ☐ Sólo en algunos temas.

¿Crees que aplicarán lo aprendido en su vida?

- ☐ Probablemente sí
- ☐ Probablemente no
- ☐ Tal vez.

Comenta lo que creas oportuno acerca de los siguientes temas:

CONVOCATORIA:

¿Cómo se ofertó el programa a la población? ¿Hubo muchas solicitudes para participar en el programa? ¿Los y las participantes se ajustan a las características previstas en la programación?

ORGANIZACIÓN:

(¿Ha habido problemas de organización? ¿El local reunía condiciones? ¿Ha tenido recursos suficientes? ¿Cómo se podría solucionar en el futuro?)

APLICACIÓN DEL PROGRAMA:

(¿El programa se ha aplicado como estaba previsto? ¿Se han hecho todas las actividades previstas? ¿Ha habido problemas durante el planteamiento de los temas o la realización de las actividades?)

RESULTADOS:

(¿En qué medida crees que se han logrado los objetivos señalados en la programación? ¿Por qué crees que ha ocurrido?)

FICHA 22

EVALUACIÓN PROCESO

Cuestionario evaluación satisfacción participantes talleres

¿Cómo te sientes por haber participado en esta actividad?

- ☐ Muy satisfecho-a
- ☐ Satisfecho-a
- ☐ Algo satisfecho-a
- ☐ Poco satisfecho.

¿Cómo ha sido la organización de la actividad?

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

¿En general, qué le han parecido los temas que se han tratado?

- ☐ Muy interesantes
- ☐ Interesantes
- ☐ Regular
- ☐ Poco interesantes.

¿Cuáles te han interesado más?: _____

¿Cuáles te han interesado menos?: _____

¿Qué temas, que no se han tratado, incluirías?: _____

¿Qué te han parecido las actividades realizadas?

- ☐ Muy interesantes
- ☐ Interesantes
- ☐ Algo interesantes
- ☐ Aburridas



¿Crees que has aprendido algo útil para mejorar tu salud?

- ☐ He aprendido muchas cosas útiles
- ☐ He aprendido cosas útiles
- ☐ He aprendido algunas cosas útiles
- ☐ No he aprendido nada útil.

¿Crees que aplicarás lo que has aprendido en tu vida?

- ☐ Seguro que sí.
- ☐ Es posible
- ☐ Probablemente no.
- ☐ No.

¿Le aconsejarías a tus amistades participar en una actividad como ésta?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Tal vez.

¿Participarías en otra actividad como ésta en la que se trataran otros temas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Tal vez.

Si deseas hacer alguna observación o comentario sobre la actividad, puedes hacerla a continuación.

FICHA 23

EVALUACIÓN RESULTADOS

Guión para entrevistas o grupos con participantes

¿Qué conoces sobre el programa? ¿Cómo definirías el programa?

¿Qué opinión tienes sobre el programa?

¿Conoces el nombre de alguna de las personas que trabajan en él? En caso afirmativo, señala el nombre.

¿Qué opinión tienes sobre su trabajo?

¿En qué actividades o servicios del programa has participado?

¿Para qué crees que te ha servido?

¿Conoces a otras personas que hayan participado en el programa? En caso afirmativo ¿para qué crees que te ha servido?

¿Qué propones para mejorar el programa?





06.

EPÍLOGO

6.1. QUE SIGA RODANDO LA RUEDA.

Sandra estaba en su despacho terminando un artículo sobre la experiencia del programa de salud de su asociación. Iban a intentar publicarla en una revista especializada en intervención sociosanitaria. Esta era únicamente una de las iniciativas de comunicación externa que habían emprendido. Se encontraban en el segundo año de desarrollo del programa y su experiencia estaba siendo tremendamente positiva, por lo que se sentían en la obligación de divulgarla para que otras asociaciones y profesionales pudieran aprovecharla. Cuando Sandra se disponía a imprimir la última versión del artículo, el teléfono sonó.

- Sandra: ¿Sí?. ¿Quién es?.
- Yolanda: Hola Sandra. Soy Yolanda. No sé si te acuerdas, nos conocimos en unas jornadas en Madrid.
- Sandra: Ah sí, que nos presentó Tamara. Eres de una asociación de mujeres gitanas ¿no?
- Yolanda: Sí, sí. Oye, en primer lugar te quería felicitar por lo bien que contaste todo lo que hacéis en el programa y por el entusiasmo que transmites.
- Sandra: Muchas gracias, Yolanda.
- Yolanda: Yo tengo muchísimo interés en poner en marcha una experiencia similar en mi ciudad. Lo he propuesto en mi asociación, y en otras entidades gitanas de la zona, pero tenemos bastantes dudas y estamos un poco desorientadas. Por eso te llamo, para preguntarte si sería posible que nos pudieras orientar mínimamente.

Y así es la cosa. Sandra recibió ayuda de Ramón para que la rueda de la promoción de la salud comenzara a rodar en su asociación. Ahora se le presentaba la oportunidad de ayudar a que otra rueda comience su recorrido.





07.

BIBLIOGRAFÍA

- Aruguete, G. (2001). "Una propuesta organizacional alternativa". En Jornada sobre gestión en organizaciones del Tercer Sector. Buenos Aires. Documento en mimeo.
- Arza, J. (2011). "La salud en la comunidad gitana: una realidad de desigualdad acentuada por el género, la edad y la exclusión". En Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Madrid: Ministerio Sanidad Política Social e Igualdad.
- Arza, J. (2011). "Discriminación objetiva y subjetiva de la comunidad gitana: un fenómeno persistente a pesar de los avances sociales y legislativos". En Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Madrid: Ministerio Sanidad Política Social e Igualdad.
- Arza, J. (2008). El enfoque de la competencia intercultural ante el caso de la desigualdad en salud de la comunidad gitana. En mimeo.
- Arza, J. (2007). MDM. Sastipen Drom. Material para agentes preventivos. Madrid: FSG.
- Arza, J. (2006). Mediación en salud. Educación para la salud, reducción de daños y apoyo entre iguales en el medio penitenciario. Madrid: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- Arza, J. y Carrón, J. (2004). Y tú ¿qué haces?: participa en la comunidad. Madrid: FAD.
- Arza, J. et al. (2002). Redes para el tiempo libre. Guía metodológica para la puesta en marcha de programas de ocio alternativo de fin de semana. Madrid: INJUVE.
- Azjen y Fishbein (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1977). Teoría del aprendizaje social. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Bermúdez, K. et al. (2002). Mediación intercultural: una propuesta para la formación. Madrid: Editorial Popular.
- Bermúdez, K. et al. (2000). La mediación intercultural: un puente para el diálogo. Barcelona: Desenvolupament Comunitari.
- Boladeras, M. et al. (2007). Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria. Nº. 22. Vol. 5. (465-473).
- Cohen-Emerique, M. (2000). El acercamiento intercultural. Cuadernos de Formación de Sevilla Acoge. Sevilla: Sevilla Acoge.

- Comelles, J.Mª. y Martínez, A., (1993). Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema.
- Comelles, J.Mª. (2006) "El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XX". En Fernández, G. (coord.) Salud e interculturalidad en América Latina. Ed. Abya-Yala, Quito.
- Coulombe, M. (1993). "¿Es posible la prevención de las drogodependencias sin recursos de apoyo?". En Materiales y recursos para la prevención del uso indebido de drogas. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Davidson, L. et al. (2012). Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y de experiencia. World Psychiatry. Edición en español. Vol. 10. Nº. 2 (13-128).
- Departamento Salud EE.UU. (2001). National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Executive Summary en español. Washington, D.C.: Departamento Salud EE.UU.
- EDIS/FSG (2005). El empleo en la población gitana. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Escámez, J. et al. (1993). Educación para la salud. Valencia: FAD y Nau Libres.
- Folberg, J. y Taylor, A. (1997). Mediación, resolución de conflictos sin litigio. Limusa. Madrid: Limusa.
- Freire, P. (1983). Pedagogía del oprimido. Madrid: Siglo XXI.
- FSG/EDIS (2012). Población gitana, empleo e inclusión social. Un estudio comparado: población gitana española y del Este de Europa. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- FSG (2010). Evaluación de la normalización educativa de las alumnas y los alumnos gitanos en Educación Primaria. Madrid: IFIIE/ Instituto de la Mujer.
- FSG (2008). Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España 2007. Madrid: Ministerio de Vivienda/Fundación Secretariado Gitano.
- Gamella, J.F. (1996). La población gitana en Andalucía. Un estudio exploratorio de sus condiciones de vida. Sevilla: Junta de Andalucía.
- García Canclini, N. (2004). Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad. Barcelona: Gedisa.
- García Lalinde, G. et al. (2004). Bola de nieve: guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud. Madrid: Grupo GID.
- GID (2000). Programa de prevención comunitaria. Cuadernos de formación. Madrid: GID.
- Giménez, C. (coordinador). (2002). El Servicio de Mediación Social Intercultural. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Giménez, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. En Revista Migraciones Nº. 2. Madrid.
- Gobierno Vasco (2012). Instrumento técnico común de valoración de la exclusión social. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco.
- Gobierno Vasco (2006). Diagnóstico social e intervención: herramienta informática para el Trabajo Social. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social. Gobierno Vasco.
- Gómez Alfaro, A. (1992). El expediente general de gitanos (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Jiménez, N. (2009). ¿El romanó, el caló, el romanó-caló o el gitañol?. Anales de Historia Contemporánea. Nº. 25 (149-156).
- Laparra, M. (coord.) (2011). Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Madrid:

Ministerio Sanidad Política Social e Igualdad.

Laparra, M., Pérez Eransus, B. et al. (2008). La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación. Madrid: Fundación Foessa.

Laparra, M., Ed. (2007). Informe sobre la situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Leblon, B. (1993). Los gitanos de España. Barcelona: Gedisa.

Lillo, M. et al. (2004) Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. En *Index Enfermería*. Vol.13. Nº. 44-45 (47-50).

López de la Nieta, M. (2011). "La inserción educativa de la comunidad gitana: ¿realidad o espejismo?". En *Diagnóstico social de la comunidad gitana en España*. Madrid: Ministerio Sanidad Política Social e Igualdad.

Insúa, P. (Directora) (1999). Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. San Sebastián: Plan Nacional sobre Drogas.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An Exploration of Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Maalouf, A. (1999). *Identidades asesinas*. Madrid: Alianza Editorial.

Malik, B. (2009). Desarrollo de competencias interculturales en orientación. UNED. Documento en mimeo.

Martín-García, M. et al. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. Nº. 20 (Supl. 1) (192-202).

Martín, M. et al. (1996). Manual de indicadores para el diagnóstico social. Vitoria-Gasteiz:

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.

Menéndez, E.L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y Saúde Coletiva*. Vol. 8, 1 (185-207).

Menéndez, E.L. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México, Alianza Editorial Mexicana – FONCA.

Menéndez, E.L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Revista de Estudios Sociológicos*. XVI. Nº. 46 (37-67).

Moreno Feliú, P. (2010). *Encrucijadas antropológicas*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces y UNED.

MSPSI (2011). Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental. *Hacia la equidad en salud*. Madrid: Ministerio Sanidad Política Social e Igualdad.

MSSSI (2012). Sistema Nacional de Salud. España 2012. Madrid: Ministerio Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

MSSSI (2012). Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana (2012-2020). Madrid: Ministerio Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

MSSSI (2012). Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud. Madrid: Ministerio Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

MSPS y FSG (2009). Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano.

MSC (2005). Salud y comunidad gitana. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo.

- MTAS (2003). Jornadas de trabajo sobre la formación en mediación con el pueblo gitano. Materiales de trabajo nº. 90. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS.
- ONU (2000). Educación inter pares y VIH/SIDA: conceptos, usos y problemas. ONU. Ginebra.
- Osorio-Merchán, M.B. y Lucero, A. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enfermería*. Vol. 17. Nº. 4. (266-270).
- Pascual, J.Mª. y Pascual, J. (2009). Cohesión social y gobernanza democrática. Para unas regiones y ciudades más inclusivas. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación.
- Pastor, E. (2012). Gobernanza de los servicios sociales municipales: dar voz y salida a las aspiraciones ciudadanas. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 25. Nº. 1 (143-158).
- Pérez Eransus, B. (2004). El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión. *Documentación Social*. Nº. 135 (89-108).
- Pérez Jarauta, Mª.J. et al. (2006). Manual de educación para la salud. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- Pérez, M.J., Ochaíta, E. y Espinosa, M.A. (1999). "El programa de mediación con familias de la UAM". En *Actas del Congreso Internacional de mediación familiar*. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992). "Stages of change in the modification of problema behaviors". En Hersen, M., Eisler, R.M. y Miller, P.M. (eds). *Progress in behavior modification*. Newbury Park, California, Sage.
- Qureshi, A. et al. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*. Nº. 35 (56-66).
- Ramírez, S. (2007). Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos. Barcelona: Bellaterra.
- Rogers, C. (1997). Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Romaní, O. (2002). "Criterios de prevención: un debate necesario". En Martín Hopenhayn (compilador). *Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas*. Santiago de Chile: CEPAL Naciones Unidas.
- Sánchez, B. y Fernández, A., 2011. "La situación laboral de la población gitana: conocimiento y reconocimiento". En *Diagnóstico social de la comunidad gitana en España*. Madrid: Ministerio Sanidad Política Social e Igualdad.
- San Román, T. (1999). El desarrollo de la conciencia política de los gitanos. *Revista Gitanos* nº. 0. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- San Román, T. (1997). La diferencia inquietante. Viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos. Madrid: Siglo XXI.
- San Román, T. (1986). "Reflexiones sobre marginación y racismo". En San Román, T. (comp.) *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los gitanos*. Madrid: Alianza.
- Scaramuzzetti, P. (2003). "Las políticas de apoyo a la promoción humana y social de los gitanos". En V Congreso Mundial de la Pastoral de los Gitanos. Budapest, Hungría. Documento en mimeo.
- Six, J.F. (1997). *Dinámica de la mediación*. Madrid: Paidós.

Svenson, G.R. et al. (1998). Directrices europeas para la educación entre iguales sobre el SIDA a jóvenes. Bruselas: Comisión Europea.

Touzard, H. (1981). La mediación y la solución de los conflictos. Madrid: Herder. Madrid.

Uranga, M. (coord.) (1994). Transformación de conflictos y mediación como propuesta de desarrollo de la educación para la paz en el sistema educativo vasco. Guernica: Gernika Gororatuz. Centro de Investigación por la Paz.

Vilà, R. (2006). La dimensión afectiva de la competencia comunicativa intercultural en la educación secundaria obligatoria: escala de sensibilidad intercultural. Revista de Investigación Educativa. Vol. 24. Nº 2 (353-372).

Whitehead, M. (1990). Conceptos y principios de igualdad y salud. Madrid: MSC.

Zugasti, B. (2012). El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión. Pamplona: Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión.

ANEXO 1

TÉCNICAS INTERACTIVAS PARA LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL¹⁰⁸

TÉCNICAS DE EXPRESIÓN

Facilitan a la persona conocer su situación y cómo la vive, hablar de ella, expresar, reflexionar y organizar sus sentimientos, conocimientos, su experiencia, definir más el problema si procede. Abordan el área emocional y también el área cognitiva y la de las habilidades.

Técnica	Descripción	Observaciones
Preguntas	Abiertas: Dejan margen amplio para contestar. Animar a pensar. Cerradas: Limitan las posibilidades de respuesta. Dan información específica.	Si son demasiadas preguntas puede ocurrir: papel pasivo del usuario o usuaria; no se implica; sentimientos de intromisión; patrón de relación yo pregunto/tú respondes.
Escucha activa	Ponerse en su lugar (partir de su punto de vista); recoger el mensaje completo (lo que dice y el estado de ánimo); y comunicárselo (verbalizar la comprensión de la situación y de la carga emotiva).	Implica saber escuchar y saber contestar. Es fácil confundirse con lo que cada cual hubiese sentido, dicho o hecho en su situación. Se trata de devolverle lo que le he entendido, con mis palabras.
Repetición	Repetir una parte de lo que dice para animarle a continuar: una frase clave (estás muy preocupada); una parte de una frase (no sabes si...); una palabra o expresión ambigua (muy chungo...).	Es importante hacerlo con respeto para que sirva de estímulo y no cree resistencias.
Citación	Llamar la atención sobre algún aspecto que la persona no expresa o no lo expresa claramente.	Requiere hacerlo de modo respetuoso.
Técnicas estructuradas	Material escrito estructurado (rejilla, fases incompletas,...) con cuestiones para pensar sobre su situación.	A usar como estímulo cuando con las técnicas anteriores no se consigue el objetivo o para completar el proceso de consulta,... Se plantean en consulta o como tarea para casa.

Ejemplos de Técnicas de Expresión:

“¿Cómo ves la alimentación de tu bebé?, ¿qué te planteas en este tema?” (preguntas abiertas)

“¿Cuál es tu experiencia respecto al tema del ejercicio físico?” (preguntas abiertas)

“¿Hablemos, si te parece, de este momento de tu vida ¿cómo estás? ¿qué es lo que más te preocupa?” (preguntas abiertas)

“¿Has pensado algo en relación con la anticoncepción?” (preguntas abiertas).

“¿Cuál es tu experiencia respecto al parto?” (preguntas abiertas)

“Entiendo que el ejercicio es para ti una agradable experiencia de juventud y que ahora se te hace un poco cuesta arriba porque te parece que requiere más vitalidad, esfuerzo y energía del que tú sientes que tienes ahora ¿es así? ¿te he entendido bien?” (escucha activa)

¹⁰⁸- Extraído de Pérez Jarauta et al. (2006).

"Si entiendo bien, te sientes mal y lo que más te preocupa ahora es que sientes que la situación te supera un poco y no sabes bien qué decisión tomar. ¿Es así?". (escucha activa).

"Has comentado que has decidido varias veces usar preservativo y has argumentado por qué. Creo que entiendo qué beneficios esperas obtener al utilizarlo pero no se bien qué beneficios obtienes no haciéndolo" (citación).

TÉCNICAS DE INFORMACIÓN.

Ayuda a la persona a aumentar conocimientos que le posibiliten profundizar en la situación, verla de otra manera... Abordan fundamentalmente el área cognitiva.

Técnica	Descripción	Observaciones
Información con discusión	Aportar información oral sobre un tema, facilitando las preguntas y la discusión	Es más eficaz si se utilizan recursos didácticos (esquema, lámina que facilite la comprensión, folleto,...)
Repetición	Repetir los contenidos esenciales para su mejor comprensión y fijación	Seleccionar las informaciones más útiles y adecuadas a su situación. Repetir pero sin redundancia.
Verificación	Verificar la comprensión de los puntos clave del contenido	Requiere un clima muy tolerantes para que no suene a examen.
Información participada	Preguntas abiertas para conocer sus puntos de partida y luego completar con información	Necesita un clima muy tolerante para que no suene a examen. Necesita más tiempo.
Lectura con discusión	Material escrito (folleto, artículo, ficha,...) para leer y comentar	Usar dentro de la consulta o como tarea para casa y que plantee sus comentarios y dudas en la siguiente consulta.

Ejemplos de Técnicas de Información:

Se aporta información sobre qué ejercicio físico hace y se le pregunta si necesita más información o tiene alguna duda (información con discusión).

Se le informa sobre prevención de accidentes domésticos y se le pregunta si quiere comentar algo (información con discusión).

Se aporta información sobre señales de estrés y se le pregunta si la información está clara o quiere saber más (información con discusión).

Información sobre qué es el alcohol y recomendaciones sobre el consumo de alcohol en adolescentes, repitiendo al final los puntos clave. "De lo que hemos comentado me gustaría que te llevases tres cosas: 1) Esta etapa suele ofrecer muchas oportunidades para beber alcohol; 2) El consumo de alcohol tiene riesgos y riesgos especiales en la adolescencia; 3) La decisión es tuya" (repetición).

Le preguntamos primero qué cambios está notando en esta etapa, explicamos los porqués de estos cambios y completamos la información (información participada).

Se entrega una hoja informativa sobre salud y viajes y se le pide que la lea. Cuando la haya leído se le pregunta si tiene alguna duda o necesita alguna información más (lectura con discusión).

TÉCNICAS DE ANÁLISIS.

Ayudan al educando a pensar y facilitan que encuentre sus propias soluciones: analizar su situación y las posibles causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos.

Técnica	Descripción	Observaciones
Resumir y ordenar	De lo que cuenta seleccionar los elementos que tengan una cierta hilazón y devolverse los ordenadamente.	Se ordena según criterios (los distintos tipos de factores implicados, aspectos que facilitan y dificultan el cambio, relaciones entre diferentes aspectos,...) que ayuden a reelaborar la visión sobre el tema.
Confrontar incongruencias	Manifestarle las discrepancias que se observan entre lo que piensa, siente, dice y hace.	Se requiere un clima especialmente cálido. Describir, no enjuiciar ni etiquetar.
Focalizar	Señalar algún elemento que parece estar jugando un papel importante en la situación.	Se señalan de manera respetuosa, como propuesta, no a modo de diagnóstico certero.
Personalizar	Proponerle que se centre en él o ella.	Se centra en lo que él o ella piensa, siente o hace, sin generalizar ni abstraer.
Ejercicios	Material escrito estructurado (casos, análisis de texto,...) con cuestiones para reflexionar y profundizar sobre un tema.	A usar como estímulo cuando con las otras técnicas no se termina de profundizar suficiente sobre el tema o como tarea para casa para completar el trabajo de la consulta.

Ejemplos de Técnicas de Análisis.

“Bien, si te parece voy a intentar hacer un resumen de lo que dices para ver si he entendido bien. De las cosas que más te afectan hay algunas que tienen que ver con tu enfermedad (no es fácil hacerse a la idea, te cambia la vida...), otras que se relacionan con tu trabajo y tu grupo familiar (jornada continua, terminas tarde, a veces continuas y comes cerca del trabajo, otras comes corriendo para ir a buscar a tu hija, a veces comes sola y otras veces con tu pareja...) y otras que tienen que ver con tu forma de alimentarte (poco tiempo para comprar y cocinar, prisas, comida preparada, mucha ensalada y carne...) ¿He incluido todo? ¿Es esto?” (resumir y ordenar).

“Entonces de lo que hemos visto hasta ahora podríamos decir que encuentras dificultades en relación con: a) el esfuerzo que te supone acudir a clase a una hora en la que ya acusas el cansancio; b) mantener siempre libre esa hora, es decir que no aparezcan otras cosas también importantes, que tu pareja pueda acudir...” (resumir y ordenar).

“Entiendo que de las cosas que más te preocupan hay algunas que tienen que ver con el parto (temes no saber cuándo llega la hora, te da miedo no responder, que le pase algo a la criatura o a ti), y otras que se relacionan con el después (la nueva vida, cómo será la criatura, si sabrás cuidarla y educarla...) ¿Es esto?” (resumir y ordenar).

“Si he captado bien podríamos decir que respecto a la utilización del preservativo encuentras dificultades: a) para obtenerlo: te da vergüenza comprarlo, te parece caro; b) para llevarlo: piensas que si te lo caza tu madre se va a armar una gorda, te preocupa qué pensarán de ti...; c) para utilizarlo: no sabes cuándo sacarlo, cómo proponerlo, te sientes inseguro...” (resumir y ordenar).

“Si te entiendo bien, dices que para ti es la mejor hora para hacer ejercicio y a la vez que no crees que vas a poder ir, no sé si hay algo que no concuerda ¿puedes hablarme un poco más de ello?” (confrontar incongruencias).

“Dices que estás cuidando mucho tu alimentación y que ves que para ti es importante. Sin embargo comentas que cada vez tienes más celebraciones y que en éstas te permites siempre comer de todo sin ningún orden”. (confrontar incongruencias).

“Si te parece podemos analizar más el tema de los sofocos” (focalizar).

“Dices que te sientes vacía. Hablemos, si te parece, un poco más de ello” (focalizar).

“Si te parece podemos analizar más el tema del picoteo” (focalizar).

“Dices que vives demasiado deprisa. Hablemos, si te parece, un poco más de ello”. (focalizar).

TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES

Ayudan a la persona a desarrollar habilidades concretas que le sirvan para actuar sobre su situación e introducir en ella los cambios que haya decidido. Trabaja fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes psicomotoras, personales y sociales.

Técnica	Descripción	Observaciones
Demostración con entrenamiento	Explicar y hacer la habilidad de que se trate (relajación, respiración, ejercicio físico, colocación de un preservativo,...).	Es útil sobre todo para desarrollar habilidades psicomotoras. Requiere que el o la agente de salud tenga entrenamiento en esa habilidad.
Ayuda a la toma de decisiones	Ayudarle a dar los pasos de la toma racional de decisiones, identificar y analizar el problema, buscar y analizar alternativas, tomar la decisión más adecuada, programarla y llevarla a cabo.	A utilizar sobre todo para desarrollar la habilidad personal de analizar situaciones y tomar decisiones.
Simulaciones operativas	Explicar el desarrollo de la habilidad de que se trate, plantear (de forma oral o escrita) alguna situación en la que esté implicada la habilidad y practicarla.	Se usan sobre todo para desarrollar habilidades sociales.

Ejemplos de Técnicas de Desarrollo de Habilidades.

Se explica y realiza la higiene postural y se le pide que la haga en la consulta verificando si la realiza conforme a lo propuesto y animando a las modificaciones necesarias (demostración con entrenamiento).

Se explica cómo se coloca un preservativo a la vez que se desenrolla y coloca en un modelo. Se le pide que lo practique en el modelo verificando que si se realiza de manera adecuada y comentando si hay que introducir algún cambio (demostración con entrenamiento).

“Has decidido como alternativa sacar tiempo para ti. Si te parece vamos a analizar las posibilidades que se te plantean”. Se le pide primero que enumere todas las posibilidades de sacar tiempo para sí, comentándole que cuantas más se le ocurran mejor, le parezcan posibles o irreales. Después se le plantea analizar las distintas alternativas, señalando los cambios que tendrían que darse. Luego se le pide que analice las dificultades para introducir esos cambios y alternativas a las dificultades. Después se le pide que elija una que le

guste y que piense que pueda ser factible para experimentarla entre consulta y consulta (ayuda a la toma de decisiones).

“De lo que hemos comentado entiendo que tu elección es practicar ejercicio físico. Si te parece vamos a ir por partes. Primero comentas posibles alternativas y luego las dificultades para ponerlas en marcha. Si te parece puedes elegir la que tenga o menos dificultades o más posibilidades de vencer las existentes. Luego si te parece la llevas a la práctica y me comentas cómo te ha ido” (ayuda a la toma de decisiones).

Se plantea la comunicación yoica (desde el yo, desde lo que se piensa y vive) como herramienta para controlar la hipertensión dado que el usuario expresa como barrera el que su pareja no le deja vivir, no hace más que darle recomendaciones y no considera su situación. Se explica en qué consiste: Describir brevemente la situación o el comportamiento que te gusta, te molesta o te crea problemas, etc. describiendo (y no enjuiciando) el comportamiento de que se trate y las consecuencias que tiene para ti y comentando también los sentimientos que te provoca. Se le pide que piense y diga cómo se lo comunicaría a su pareja desde los mensajes yo. Se analiza la comunicación (simulación operativa).

Se explica y practica la comunicación yoica como respuesta a una situación que plantea una usuaria: Su pareja le dice que cada día le desea más y quiere tener relaciones sexuales más a menudo pero a ella cada día le apetece menos (simulación operativa).

ANEXO 2

TÉCNICAS INTERACTIVAS PARA EL TRABAJO GRUPAL¹⁰⁹

Trabajo en subgrupos.

- Aplicación:

El tamaño del grupo, aún no siendo excesivamente grande, puede dificultar que todo el grupo participe. Para ello, en algunos momentos de la sesión puede ser necesario crear subgrupos de trabajo.

- Desarrollo:

Se explica claramente la tarea que va a ser realizada, la metodología y la temporalización.

- Se explica el criterio con el que se van a crear los subgrupos de trabajo. Dependiendo de las características del grupo y del tipo de tarea, se deberá elegir entre varias opciones:
 - División aleatoria. Por ejemplo, si deben ser creados 6 grupos, que todo el grupo se numere del 1 al 6; todas las personas con el número 1 formarán un subgrupo, las del 2 otro,... y así sucesivamente.
 - División por zonas. Cada subgrupo está conformado por las personas más próximas. Es la opción más rápida, pero no se debe utilizar siempre este criterio, ya que no facilita la interacción entre todo el grupo.
 - División consciente. El agente de salud indica qué personas componen cada grupo, procurando que estén equilibrados en cuanto a la motivación, la capacidad, el comportamiento de sus integrantes u otros criterios que determine.

En ningún caso conviene que cada subgrupo esté compuesto por más de 6 personas.

En los subgrupos hay tres funciones que deben ser divididas: moderación del debate; anotación de las conclusiones; portavoz ante el resto de subgrupos.

Durante la puesta en común, el agente de salud debe anotar las conclusiones de cada subgrupo en una pizarra o papelógrafo. Posteriormente hará una síntesis del trabajo, aprovechando para matizar y/o complementar si fuese necesario.

Phillips 6-6.

- Aplicación:

Es una modalidad de trabajo a través de subgrupos, por lo que tiene su misma aplicación.

- Desarrollo:

En su desarrollo se debe seguir el mismo proceso descrito en la anterior técnica. La única diferencia del Phillips 6-6 consiste en que se propone trabajar en grupos de 6 personas durante 6 minutos, pasando posteriormente a la puesta en común.

¹⁰⁹.- Extraído fundamentalmente de Arza (2007).

Lluvia de ideas.

- Aplicación:

El objetivo fundamental de esta técnica, también llamada brainstorming, es facilitar la expresión informal y libre de ideas en torno a un tema complejo (que no pueda tener una única respuesta), primándose la cantidad de ideas obtenidas sobre la calidad de las mismas.

Es una de las técnicas más utilizadas en la dinamización de grupos. Puede ser utilizada sola o formando parte de otras técnicas.

- Desarrollo:
 - Fase de exposición. Se explica claramente el tema que va a ser debatido, procurando expresarlo en forma de pregunta (por ejemplo: ¿por qué algunas personas comienzan a tomar bebidas alcohólicas?; ¿para qué sirve la familia?; ¿qué es lo que más me gusta de mi comunidad?;...).
 - Fase de producción de ideas. Los y las participantes deben ir aportando libremente sus opiniones en torno a la pregunta planteada, mientras el agente de salud va anotándolas literalmente en la pizarra o papelógrafo. En esta fase se deben cumplir las siguientes normas:
 - Cualquier idea propuesta es válida. Por ello, no importa que las ideas propuestas no hayan sido muy reflexionadas.
 - No se pueden criticar las ideas de las demás personas.
 - Fase de selección de ideas.

Con el listado de ideas presente, el grupo debe comenzar un proceso en el que se puede:

- Eliminar alguna idea inadecuada o inviable.
- Unir varias ideas similares.
- Priorizar las ideas según diferentes criterios: idoneidad, viabilidad, novedad,...

Existe una variación de esta técnica denominada "lluvia de papeles" o brainwriting. En este caso, la aportación de ideas no es realizada de manera oral, sino a través de escritos que van siendo pegados en la pizarra o el papelógrafo.

Cuchicheo.

- Aplicación:

La técnica del cuchicheo pretende también garantizar la reflexión y participación de todo el grupo.

Es más rápida que el trabajo a través de subgrupos, pues no debe emplearse tiempo en la organización de los grupos.

- Desarrollo:
 - Se explica con claridad el tema que debe ser analizado. Debe ser un tema bien delimitado (por ejemplo: ¿qué necesito saber sobre los efectos del alcohol?).
 - En parejas (con la persona que tengan más cercana, y sin moverse de su sitio), deben reflexionar sobre el tema propuesto durante cinco minutos. También deben decidir cuál de las dos personas de la pareja ejercerá la portavocía.

- Se realiza una puesta en común. Las conclusiones de las parejas deben ser expuestas de manera breve y concreta. El agente de salud irá anotándolas en la pizarra o el papelógrafo.
- Tras la puesta en común, las conclusiones pueden ser utilizadas por el agente de salud para desarrollar el tema. También pueden ser trabajadas las conclusiones en la misma línea de la fase de selección de ideas de la técnica de brainstorming.

Grupo nominal.

- Aplicación:

Es una técnica diseñada para facilitar la toma de decisiones cooperativa en grupo.

- Desarrollo:
 - Se explica con claridad el tema que debe ser analizado (por ejemplo: ¿cuáles son las principales ventajas del no consumo?; ¿cuáles son las características de una buena amistad?;...) y la metodología y temporalización que se va a seguir.
 - Cada participante escribe en su cuaderno un número limitado de ideas concretas en torno al tema que se está tratando (por ejemplo, tres).
 - Se ponen en común las ideas de cada participante y se anotan literalmente en la pizarra o papelógrafo.
 - Se debate en torno al listado de aportaciones, procurando reducir su número a través de la integración de ideas similares.
 - Votación. Por ejemplo, se puede plantear que cada persona elija las tres ideas con las que más se identifique, o que las ordene del 1 al 10 (si hay 10 ideas o más). De esta manera se obtendrá un listado ordenado según la importancia que el grupo concede a cada idea.
 - Debate final en torno al resultado de la votación.

Puzzle de Aronson.

- Aplicación:

Es una de las técnicas de cooperación más representativa.

- Desarrollo:
 - Preparación. El agente de salud organiza el grupo en subgrupos equilibrados en su composición (por género, por motivación, por capacidades,...). Asimismo, selecciona un contenido para trabajar (por ejemplo: el tabaco) y lo descompone en tantas partes como integrantes tenga el grupo (por ejemplo: composición del tabaco; efectos del tabaco; datos sobre consumo de tabaco; razones por las que se fuma). Por otro lado, tendrá disponible diversa documentación sobre cada una de esas partes del tema a trabajar.
 - Constitución subgrupos. Cada subgrupo debe decidir la distribución de las partes entre sus integrantes. Una vez realizada la misma, cada participante recibirá un ejemplar de la documentación que tendrá disponible para prepararse su parte.
 - Constitución subgrupos de "expertos y expertas". Cada uno de estos subgrupos estará especializado en una de las partes del tema y estará compuesto por las personas de cada subgrupo que tiene asignado ese tema.

- Trabajo cooperativo I. Cada subgrupo de “expertos y expertas” debe analizar la documentación y llegar a conclusiones sobre su tema.
- Trabajo cooperativo II. Se vuelven a formar los subgrupos originales. Cada integrante presenta a sus compañeros y compañeras las conclusiones a las que han llegado en su subgrupo de expertos y expertas. Finalmente, cada integrante del subgrupo deberá anotar en su cuaderno las conclusiones de todas las partes del tema que ha sido analizado (reflejo tanto de su propio esfuerzo como del esfuerzo de sus compañeros y compañeras).

Análisis del campo de fuerzas.

- Aplicación:

Es una técnica muy adecuada para analizar algún fenómeno o situación y adoptar una postura consensuada ante el mismo. En este sentido, es idónea para trabajar la toma de decisiones.

- Desarrollo:
 - Se define claramente el problema o la situación que se quiere analizar.
 - Mediante lluvia de ideas, se realiza un análisis de ese fenómeno (por ejemplo: el ocio saludable en la comunidad).
 - En un papelógrafo o pizarra se crean dos columnas: fuerzas favorables/positivas/impulsoras y fuerzas desfavorables/negativas/retardadoras.
 - Se colocan las propuestas de la lluvia de ideas en las columnas, según sean fuerzas positivas o negativas.
 - Se procede a establecer un plan de acción para superar las fuerzas negativas y propiciar las positivas.

El juicio.

- Aplicación:

Es una técnica muy adecuada para trabajar temas que puedan resultar polémicos. Además, puede servir para que cada participante “se ponga en el lugar” de personas con argumentos diferentes a los suyos (le puede tocar defender en el juicio una postura que no es la suya).

- Desarrollo:
 - Se presenta el tema que va a ser trabajado (por ejemplo: la publicidad; la presión de grupo;...).
 - Se elige a las personas que van a representar cada uno de los papeles: juez o jueza; abogados o abogadas; fiscales. Se procurará que en cada uno de los papeles haya al menos dos personas.
 - Se dejan unos minutos para que cada parte prepare su papel.
 - Se representa el juicio.
 - Con la participación de todo el grupo, se analizan los principales argumentos que hayan surgido.
 - El agente de salud sintetiza las conclusiones a las que se ha llegado a través de la técnica, aprovechando para matizar y/o completar las ideas que considere necesario.

Entrevista colectiva.

- Aplicación:

Esta técnica supone una estrategia alternativa y motivadora para presentar información en el grupo. Además, también puede ser muy útil para trabajar la interacción con el contexto, ya que se invita al grupo a una persona externa.

- Desarrollo:

- Se decide el tema que va a ser abordado y la persona más adecuada para ser entrevistada (un profesional de algún recurso comunitario, un representante político, un periodista,...).
- El grupo prepara las preguntas de la entrevista.
- Se elige a las personas del grupo que harán las preguntas.
- Se realiza la entrevista en el grupo. Los y las participantes irán anotando las respuestas.
- En una sesión posterior se trabaja la síntesis de la entrevista. Una vez escrita, puede ser enviada a la persona entrevistada.

Fábula.

- Aplicación:

Es una técnica alternativa para presentar información. En este caso se evita la exposición inicial del tema por parte del agente de salud, e incluso se evita hablar del tema, ya que es introducido a través de un relato que aparentemente no tiene relación directa con el contenido previsto.

- Desarrollo:

- Una vez elegido el tema que se va a trabajar, el agente de salud debe seleccionar la fábula más adecuada. Puede ser un relato extraído de algún material de educación para la salud, o de algún otro material no relacionado con este tema, o preparada expresamente por el propio agente de salud.
- Se presenta la fábula al grupo: relatada por el agente de salud, leída por alguna persona del grupo, o entregada por escrito para que la lean individualmente.
- El grupo es distribuido en subgrupos para extraer conclusiones sobre la fábula. Lo idóneo es que el agente de salud entregue una guía de preguntas que ordenen el debate.
- Puesta en común del trabajo realizado en los subgrupos. El agente de salud aprovecha para completar y/o matizar las conclusiones.

Presentación audiovisual.

- Aplicación:

Se trata de una técnica alternativa para la presentación de información, priorizando en este caso “lo visual”.

- Desarrollo:

- Una vez elegido el tema que se va a trabajar, el agente de salud debe seleccionar la presentación audiovisual más adecuada y factible: una serie de fotografías, una serie de dibujos, una película, una canción, un documental, una función teatral,... No tiene por qué ser específica de educación para la salud.

- Se realiza la presentación audiovisual ante el grupo.
- Se distribuye a los y las participantes en subgrupos para extraer conclusiones sobre la presentación audiovisual. Lo idóneo es que el agente de salud entregue una guía de preguntas que ordenen el debate.
- Puesta en común del trabajo realizado en los subgrupos. El agente de salud aprovecha para completar y/o matizar las conclusiones.

Auto-registro.

- Aplicación:

Esta técnica es muy adecuada para favorecer la capacidad de auto-observación de los y las participantes y también para que el agente de salud evalúe su situación inicial.

- Desarrollo:
 - Una vez que el agente de salud ha seleccionado el contenido que desea trabajar (por ejemplo: el tiempo libre; o la relación con la familia; o la alimentación;...), debe elaborar un guión con los indicadores que cada participante debe anotar (por ejemplo: número de horas que veo la televisión en una semana; número de amigos o amigas con los que me relaciono (fuera de la escuela) en una semana; actividades deportivas que practico en una semana;...
 - El agente de salud explica los objetivos y el funcionamiento de la técnica. Posteriormente entrega un ejemplar de la ficha de auto-registro a cada participante, contestando a todas las dudas que puedan surgir.
 - Una vez transcurrido el tiempo de auto-registro que se ha establecido (una semana, un mes,...), el agente de salud recoge y analiza las fichas.
 - En una sesión posterior se presentan los resultados del análisis de las fichas. El agente de salud aprovecha para realizar los comentarios oportunos, potenciando un debate sobre el contenido que se haya elegido para aplicar esta técnica.

Juego de roles.

- Aplicación:

Es una técnica de simulación de la realidad. Consiste en escenificar una situación para poder entrenar una habilidad, experimentar una conducta o analizar un sentimiento determinado. Es una de las técnicas más utilizadas en el entrenamiento de habilidades. Se requiere un nivel alto de manejo de las dinámicas grupales por parte del agente de salud que la aplique.

- Desarrollo:
 - Tras elegir el tema que va a ser trabajado, el agente de salud define la escena que va a ser representada (por ejemplo: una situación de incitación al consumo en un grupo de adolescentes) y los personajes que deben participar.
 - Se presenta la técnica, la situación que va a ser representada y los personajes. Se buscan personas voluntarias para representar los papeles.
 - Las personas voluntarias preparan, con la ayuda del agente de salud, el papel.

- Se realiza la representación de la situación. El agente de salud insiste previamente en que el resto del grupo debe permanecer en silencio observando la escena.
- El agente de salud corta la representación cuando considere que ha aparecido suficiente información para el debate posterior.
- En primer lugar se solicita su valoración a las personas que han representado los papeles: cómo se han sentido en su rol. Posteriormente se abre el debate al resto del grupo: qué han observado, de qué otra forma podrían haber actuado los personajes ante esa situación, cómo habrían actuado ellos y ellas ante esa situación

Análisis de casos.

- Aplicación:

Al igual que el juego de roles, es una técnica de simulación de la realidad, por lo que es una técnica de gran utilidad para el entrenamiento en habilidades. A diferencia del juego de roles, en este caso no se representa la escena, sino que el grupo debe reflexionar sobre las situaciones que aparecen en el caso y aportar sus opiniones sobre escenarios alternativos, sobre soluciones a los conflictos que aparezcan en ella,... Por ello, su aplicación tiene una menor complejidad con respecto al juego de roles.

- Desarrollo:
 - Una vez elegido el tema que se va a trabajar (por ejemplo: una situación de presión de grupo; una situación en la que se debe tomar una decisión; un conflicto interpersonal;...), el agente de salud debe seleccionar el caso o los casos más adecuados. Puede ser un caso extraído de algún material de educación para la salud, o preparado expresamente por el propio agente de salud.
 - Se presenta el caso o los casos al grupo: relatados por el agente de salud o entregados por escrito para que los lean individualmente.
 - El grupo es distribuido en subgrupos para extraer conclusiones sobre los casos. Lo idóneo es que el agente de salud entregue una guía de preguntas que ordenen el debate.
 - Puesta en común del trabajo realizado en los subgrupos. El agente de salud aprovecha para completar y/o matizar las conclusiones.

Socio-drama.

- Aplicación:

Esta técnica es un compendio de juego de roles (pero mucho más elaborado), para el grupo que prepara el socio-drama, y de presentación audiovisual, para el grupo espectador. En este sentido, tiene las mismas aplicaciones que esas técnicas.

- Desarrollo:
 - El agente de salud debe reflexionar en primer lugar sobre los objetivos didácticos que desea trabajar a través del socio-drama, diferenciando entre los objetivos a trabajar con el grupo que prepara el socio-drama y los objetivos a trabajar con el público espectador. Cuantos menos objetivos y más claros, mayores posibilidades de eficacia.
 - Se trabaja con el grupo la elaboración del guión, pudiendo utilizar para ello otras técnicas de trabajo descritas hasta el momento. En la elaboración del guión se deberán tener en cuenta las características del grupo al que va a ir dirigida la representación.

- Se dividen los personajes y se realizan los ensayos necesarios. No todo el grupo podrá participar como “actores” o “actrices”, pero podrán tener un papel activo en toda la preparación y evaluación del socio-drama.
- Se representa el socio-drama. Durante la representación, para facilitar la implicación del grupo espectador y la interactividad, se pueden desarrollar técnicas del siguiente tipo:
- “Congelar” a los personajes y solicitar al grupo espectador que propongan una solución ante una disyuntiva que haya surgido en la trama o valore lo que ha ocurrido hasta ese momento.
- “Moviola”: “Congelar” a los personajes y proponer al público que señale variaciones que se podrían incluir en los comportamientos de los personajes, volviendo la escena hacia atrás.
- “Congelar” a los personajes e incluir otro “actor” u otra “actriz” que explique los sentimientos y emociones del personaje.
- “Congelar” a los personajes y proponer que alguna persona del público sustituya al “actor” o la “actriz”.
- Tras la representación, el agente de salud puede trabajar, con el grupo que ha realizado el socio-drama, las conclusiones que han extraído, su grado de satisfacción, cómo se han sentido,...

Barómetro de valores.

- Aplicación:

Es una técnica que facilita la evitación de posturas simplistas y permite observar los matices que existen detrás de muchos conceptos. Para el éxito de esta dinámica es importante que el agente de salud haya reflexionado previamente sobre las frases propuestas.

- Desarrollo:
- Una vez elegido el contenido que va a ser abordado, el agente de salud debe diseñar varias proposiciones ante las que el grupo deberá posicionarse (por ejemplo: “un médico privado siempre es más fiable”; “el alcohol es la droga que causa más problemas”; “ser autónomo es no necesitar ayuda de nadie”; “ser independiente es hacer siempre lo que uno quiere”;...).
- El agente de salud lee la primera frase y solicita que las personas que estén a favor de ella vayan hacia un lado del aula, mientras que las que estén en contra deben situarse en el lado contrario. Es importante que la decisión sea rápida, sin pararse a reflexionar demasiado. Por otro lado, no valen posturas intermedias, deben posicionarse en contra o a favor.
- Una vez situados los dos grupos, en cada uno de ellos se debe desarrollar un debate sobre las razones que les han llevado a elegir esa posición. Tras este debate, cada grupo expone al otro sus razones, efectuándose un breve intercambio de argumentos.
- Esa dinámica será repetida con cada frase.
- Finalmente, el agente de salud expone las principales conclusiones del debate, aprovechando para complementar y/o matizar las ideas que hayan surgido, insistiendo en la idea de la complejidad de los conceptos abordados (hay muchos matices en cada frase, no valen posturas de “blanco” o “negro”). Por otro lado, propone que el grupo exprese cómo se han sentido en la dinámica y qué han aprendido sobre sí mismos y sí mismas.

ANEXO 3

BUENAS PRÁCTICAS

De entre todas las buenas prácticas que están siendo desarrolladas desde el asociacionismo gitano en el Estado Español, hemos seleccionado seis de ellas por su dilatada experiencia, su alto grado de consolidación y porque integran en su diseño y desarrollo gran parte de los principios y metodologías que proponemos desde nuestro Manual.

- ⇒ Programa de Salud con la comunidad gitana de Navarra, en el que participa activamente la Federación Gaz Kalo de asociaciones gitanas de Navarra.
- ⇒ Programa Aupre de promoción de la salud e intervención en drogodependencias, desarrollado por la asociación gitana UNGA de Asturias.
- ⇒ Programa de promoción de la salud y estrategias de adecuación de las intervenciones sociosanitarias en la comunidad gitana, desarrollado por la Federación FAGIC de asociaciones gitanas de Cataluña.
- ⇒ Programa con mujeres de la asociación Barró de Madrid.
- ⇒ Programa de salud de la Federación FAGA de asociaciones gitanas de la Comunidad Valenciana.
- ⇒ Campaña de salud de la Federación andaluza FAKALI de mujeres gitanas y universitarias.

PROGRAMA DE SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA DE NAVARRA.

Es un programa financiado por el Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra desde el año 1988. En su gestión participa el asociacionismo gitano de Navarra, en concreto: Federación Gaz Kalo de asociaciones gitanas de Navarra, asociación La Majarí de Pamplona y asociación La Romaní de Tudela.

En el año 2004 fue reconocido por Eurohealthnet como modelo de buena práctica. En el año 2008 recibió el Premio Calidad e Igualdad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El equipo del Programa está compuesto por 11 personas gitanas contratadas como “agentes comunitarios de salud” y 2 técnicos para la coordinación y gestión del Programa. Los 11 “agentes comunitarios de salud” trabajan distribuidos por 14 zonas básicas de salud de Navarra, en las que se concentra el 60% de la población gitana. Cada “agente comunitario de salud” desarrolla su labor con las familias gitanas de su zona básica de salud y en estrecha coordinación con su centro de salud de referencia, pero también con otros recursos de la zona (servicios sociales, centros educativos, asociaciones, etc.).

No obstante, para conocer el Programa lo mejor es leer los contenidos de su folleto de presentación, en cuya redacción participó el equipo de “agentes comunitarios”.

“El programa de salud.

En Navarra existe desde hace años un Programa para mejorar la salud de la comunidad gitana. Se quiere que los gitanos y gitanas navarros se beneficien de los Servicios de Salud como el resto de las personas navarras.

También se quiere prevenir las enfermedades, tener maneras de vivir más sanas y la promoción de la gente gitana. Además, se trabaja en otras cosas que tienen mucho que ver con la salud, como la educación, la vivienda y el empleo.

En los últimos años se ha mejorado bastante, pero aún queda mucho por hacer. Para ello, hay personas gitanas que trabajan en el Programa. Son los Agentes Comunitarios de Salud.

Una cosa importante del Programa y del trabajo de los Agentes de Salud es el respeto a la Cultura Gitana.

El trabajo de las Agentes de Salud.

Los Agentes Comunitarios de Salud son personas gitanas que trabajan en los pueblos donde hay más familias gitanas. Están muy preparados para el trabajo que hacen, que consiste en:

- Informar sobre las actividades, el funcionamiento y utilización de los Servicios de Salud.
- Asesorar sobre diferentes situaciones de Salud: vacunaciones (para los niños o los mayores), controles de los niños y niñas, de las mujeres embarazadas y de los enfermos crónicos...
- Apoyar temas de planificación familiar, salud mental, prevención del cáncer de mama, salud dental infantil...
- Ayudar a tener mejores costumbres relacionadas con la salud, como la alimentación, el ejercicio físico, control del peso, la prevención de accidentes...
- Colaborar en la escolarización de niños y niñas.

- Informar y asesorar sobre actividades y ayudas que existen en los servicios sociales, de empleo y de vivienda.

También son mediadoras en situaciones en donde las personas gitanas tengan problemas de entendimiento o conflicto con los profesionales, acompañando a las personas si se considera necesario.

Para conseguir todo esto, la Agente Comunitaria trabaja individualmente, con toda la familia y en grupos. Es muy necesaria la participación de la Comunidad Gitana en este trabajo.

Agente Comunitaria de Salud.

La Agente Comunitaria de Salud es una persona gitana que intenta recoger las ventajas en salud de la sociedad para enseñárselas a su comunidad.

También trabaja con los profesionales de los servicios de salud, sociales y escuelas para que entiendan la cultura gitana y así puedan hacer mejor las cosas con la gente gitana.

La Agente de Salud, es seleccionada y contratada desde el Instituto de Salud Pública de Navarra.

Los Agentes Comunitarios de Salud tienen mucha preparación. Han recibido y siguen recibiendo cursos especiales para el trabajo que hacen.

De este modo, están al día sobre los recursos que existen y pueden dar la información, el asesoramiento y el apoyo que cada persona o familia gitana necesite.

El secreto y la confianza que la Comunidad Gitana deposita en la Agente de Salud es algo sagrado. Cualquier duda, orientación o consejo sobre salud que necesite una persona o familia gitana puede consultarlo con ella”.

Desde el siguiente enlace se puede acceder a más información sobre el Programa de Salud con la Comunidad Gitana de Navarra:

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Promocion+de+la+Salud/ProgramaMinoriaGitana.htm

AUPRE. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS.

Es un programa financiado por la Consejería de Sanidad de Asturias y desarrollado por la Asociación UNGA.

Población destinataria:

- Comunidad gitana asturiana en general.
- Personas gitanas con problemas de salud o en situación de alto riesgo de padecerlos, con especial atención a aquellas personas que ven agravada su situación de salud por la exclusión social que padecen.
- Las familias de estas personas.
- Los y las profesionales socio-sanitarios que trabajan con esta población.

Principios metodológicos.

- ✓ Protagonismo de la comunidad gitana. La comunidad gitana debe ser artífice de su propio progreso. Por ello, AUPRE, no sólo se esfuerza por responder a sus necesidades y demandas, sino que la comunidad gitana está presente en el propio diseño y la evaluación del programa. Asimismo, parte del equipo está compuesto por profesionales gitanos y gitanas.
- ✓ Mediación. En la relación entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria existen muchas barreras que dificultan la comunicación. Por ello, la mediación es un puente que puede facilitar el entendimiento entre ambos sectores, también en el caso de la relación entre la comunidad gitana y el sistema sanitario.
- ✓ Integralidad. Desde una visión global del ser humano, desde AUPRE se tienen en cuenta las importantes interacciones que se producen entre la salud y otros ámbitos fundamentales para el desarrollo del individuo: la educación, la vivienda, el empleo, la situación económica, etc. Por ello, desde AUPRE se buscan las sinergias con otras intervenciones dirigidas hacia esos ámbitos.
- ✓ Trabajo en red. El trabajo en red es fundamental para lograr la integralidad antes mencionada. AUPRE no puede trabajar todos los ámbitos que influyen en la situación de un individuo, pero puede coordinarse con otros recursos para lograrlo conjuntamente. Especialmente se refuerza la coordinación con los recursos sanitarios.
- ✓ Normalización. AUPRE no pretende consolidar una atención paralela para la comunidad gitana. La comunidad gitana debe ser atendida en los mismos recursos y por los mismos profesionales que el resto de la sociedad. No obstante, por la grave situación de desigualdad actual, un recurso especializado como AUPRE es imprescindible para lograr una auténtica equidad en salud.

Servicios y acciones.

1. Educación para la salud: prevención/promoción de la salud:
 - ⇒ Mediación en salud y trabajo de calle: Principales acciones.
 - ⇒ Punto de encuentro y asesoramiento en salud.

- ⇒ Presentar el programa a la comunidad gitana y a otros recursos. Acercar posibles personas beneficiarias a los diferentes recursos de Aupre.
- ⇒ Orientar y apoyar a las personas gitanas en su propio medio (barrio, poblado, culto, etc.).
- ⇒ Trabajo con personas que padecen enfermedades de riesgo público: ETS, TBC, VIH/SIDA, etc ...
- ⇒ Trabajo con mujeres gitanas en seguimiento de embarazos, planificación familiar, revisiones ginecológicas, etc.
- ⇒ Seguimiento de vacunación infantil, revisiones pediátricas, etc.
- ⇒ Acompañamiento a recursos.
- ⇒ Talleres de Promoción de la Salud (con mujeres, hombres e infancia y adolescencia gitana).

La temática varía dependiendo de las necesidades-demandas y de las características y particularidades de la población gitana a la que se dirige: alimentación saludable, salud buco-dental, educación afectivo-sexual, lactancia materna, planificación familiar, trastornos cardiovasculares, cuidados de la infancia, prevención familiar del uso de drogas, tabaquismo, etc.

- ⇒ Mediación hospitalaria.
 - Orientar y acompañar a las personas gitanas para que realicen un uso adecuado de los servicios hospitalarios.
 - Colaborar con el personal sanitario para incrementar la adherencia a los tratamientos (durante el ingreso y, sobre todo, posteriormente)
 - Orientar al personal sanitario para una buena acogida y tratamiento a las personas gitanas (formación informal en adaptación cultural).
- ⇒ Servicio Jallar Mistos

Es un servicio de desayunos y meriendas saludables a los menores beneficiarios de las aulas de apoyo escolar que UNGA tiene.

A través de este servicio, se pretende sensibilizar a la población gitana infantil, a sus padres y a sus madres sobre la importancia de una alimentación saludable y los hábitos saludables.

Paralelamente se trabajan otros objetivos transversales: trabajar la salud buco-dental, hábitos de higiene, hábitos saludables, parentalidad positiva, etc.

2. Formación y servicio de orientación y apoyo socio-sanitario.

- ⇒ Formación para profesionales sanitarios y otros profesionales y Servicio de orientación, apoyo y asesoramiento socio-sanitario:
 - Cursos, talleres y charlas de formación en salud y Comunidad Gitana para el sistema sanitario: centros de salud, hospitales, servicios especializados, etc.
 - Cursos, talleres y charlas de formación en salud y Comunidad Gitana en centros escolares.
 - Cursos de formación de salud y Comunidad gitana para otros recursos comunitarios: servicios sociales, centro penitenciarios, CIS, asociaciones, centros de menores, etc.

⇒ Formación para la Comunidad Gitana: líderes, pastores, otras asociaciones gitanas.

- Formación de mediadores interculturales y en salud:
- Cursos de formación interna dirigida a mediadores con el fin de actualizar conocimientos.
- Cursos de formación en mediación en salud dirigidos a la comunidad gitana (principalmente a jóvenes gitanos y gitanas para que reproduzcan aprendizajes en sus familias y entorno cercano).

3. Servicio de drogodependencias:

Apoyar a las personas de la comunidad gitana con problemas de adicciones y a su familia que deseen iniciar un cambio en su situación, ofreciendo un proceso terapéutico lo más acorde a su realidad y a sus posibilidades de finalizar con éxito dicho proceso.

- Informar y orientar a los posibles beneficiarios y sus familias sobre nuestro trabajo en drogodependencias.
- Trabajar desde la óptica de la prevención, reducción de daños y reinserción social.
- Promover en el beneficiario un cambio en las distintas áreas de la personalidad (comportamental, emotiva, cognitiva y ética), dirigido a su recuperación y reinserción social
- Favorecer condiciones y estilos de vida adaptados a la problemática de la comunidad gitana, para aproximarnos a una situación deseable de vida en abstinencia de drogas.

4. Coordinación, participación social y apoyo a la investigación.

Las políticas públicas de salud se deben reorientar hacia la equidad y basarse en las necesidades reales de la comunidad gitana. Entendemos que para ello debemos coordinarnos entre todas las partes, para conseguirlo.

Factores como la vivienda, la educación, el empleo, el uso que se hace de los servicios sanitarios, la ausencia de prevención, las relaciones sociales, entre otros, tienen un impacto claro sobre la salud. Por ello debemos trabajar de forma coordinada a través del trabajo en red con otras consejerías, asociaciones, entidades, organizaciones e instituciones, fomentando la participación de la población gitana en grupos de trabajo, redes...

El apoyo a la investigación es prioritario dentro del programa, para poder detectar cómo afectan realmente los determinantes sociales, la cultura, las diferencias en esperanza y calidad de vida, etc.

Este programa se planteó y sigue desarrollándose desde la convicción de que todas las personas tienen derecho a una igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ESTRATEGIAS DE ADECUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES SOCIO SANITARIAS EN LA COMUNIDAD GITANA

Federación de Asociaciones Gitanas Cataluña. FAGIC.

Breve presentación

El proyecto pretende reducir las carencias cuantitativas y cualitativas en materia de salud de la mujer gitana y mejorar su calidad de vida mediante la adquisición de conocimientos y así prevenir el grado de incidencia de patologías prevalentes en ella y en la propia Comunidad Gitana.

La formación facilitada a los profesionales del sector sociosanitario sobre cultura gitana, junto con una aproximación antropológica médica de la fenomenología, permite anticiparse a eventuales conflictos de convivencia en los espacios del sistema catalán de salud y facilitar su acceso a los usuarios procedentes de la comunidad gitana en condiciones de igualdad, con el apoyo de figuras como las mujeres agentes cívicas de salud y los mediadores de salud, presentes en las instalaciones de atención hospitalaria.

Las actuaciones permiten transformar el concepto de salud entendido como ausencia de patología en la adquisición de hábitos preventivos y saludables. Es necesario superar una visión de la relación médico-profesional-paciente estrictamente resolutoria y/o conflictiva para instaurar progresivamente modelos relacionales de confianza, entendimiento mutuo y corresponsabilidad. La identificación e incidencia de patologías consideradas como prevalentes en la comunidad gitana es fundamental y obliga a la movilización y refuerzo del máximo de personas y agentes implicados, de la mujer gitana en su rol de cuidadora y referente familiar y comunitario, a los profesionales sociosanitarios cuya práctica convive con elementos culturales propios al Pueblo Gitano y las instituciones públicas y privadas de atención primaria y especializada.

Marco Institucional

El proyecto se inscribe en los ejes prioritarios definidos en el Pla de Salut de Catalunya¹¹⁰, vigente hasta el año 2015. De forma especial, responde a las referencias relativas al fomento de actuaciones para más salud y una mejor calidad de vida, a la implicación y a la corresponsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de su salud, a la accesibilidad y la seguridad en las intervenciones sanitarias y a las líneas de actuación dedicadas a una modernización y sostenibilidad del sistema, lo cual implica un mayor enfoque hacia los pacientes y sus familias y la mejora del conocimiento profesional y clínico.

De hecho, las actividades del área de salud de la FAGIC tienden a participar en el esfuerzo común en pro de la eficiencia de la utilización de los recursos y servicios del ámbito sociosanitario y la mejora del grado de percepción cualitativo de la atención sanitaria tanto por parte de los profesionales como de los usuarios. Las actuaciones del presente proyecto de Salud dirigido a la comunidad gitana amplían las acciones previstas en las líneas estratégicas del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña en torno a los conceptos de salud y mujer y otros planes directores temáticos enfocados a las

110.- Plan de Salud de Cataluña. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxiu/plan_de_salut_catalunya_es.pdf

patologías más prevalentes¹¹¹ como el de oncología, de inmigración y multiculturalidad y socio sanitario.

La Comunidad Autónoma de Cataluña dispone a su vez de un instrumento pionero como el Pla Integral del Poble Gitano¹¹², vigente hasta el año 2013 que indica de forma sectorial las prioridades de acción respecto al desarrollo social, cultural y económico del Pueblo Gitano en condiciones de igualdad de oportunidades, de respeto y desde un enfoque participativo. En el eje de trabajo correspondiente a la Salud, se contempla la necesidad de incentivar la formación y la incorporación de profesionales gitanos con especial incidencia en las mujeres gitanas como elementos clave, en facilitar la formación continuada específica de los profesionales asistenciales que trabajan en contacto con la población gitana y desarrollar investigaciones sobre salud y población gitana considerando la especificidad de las mujeres gitanas.

Por último este programa a lo largo de su trayectoria ha ido contando con el soporte de diferentes instituciones públicas y privadas de referencia en el ámbito de la promoción de la salud como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, el Ayuntamiento de Barcelona y la Obra Social de la Fundación La Caixa, entre otros.

Principios de actuación:

Los principios que enmarcan las actuaciones recogen a su vez elementos propios de los proyectos de intervención social con miembros de la comunidad gitana, conceptos inherentes a las acciones de salud familiar, comunitaria y pública como medidas correctivas fruto de la experiencia de la FAGIC en la materia.

- Intervención de carácter gratuito con la finalidad de promover el Derecho a una Salud de calidad.
- Finalidad transformadora con el objetivo de reducir la incidencia de conductas de riesgo y mejorar el grado de calidad de la atención y praxis sociosanitaria.
- Puesta en práctica de la experiencia, profesionalidad y especialización fruto de la trayectoria de la FAGIC con la propia comunidad gitana y desde el inicio del presente Programa de Salud en 1996.
- Difusión de conocimientos técnicos y teóricos en torno a la intervención en salud familiar y comunitaria con población gitana junto con elementos de identidad, códigos y universo referencial de la Cultura Gitana.
- Trabajo en red sistemático con los organismos públicos y privados de referencia en materia de promoción de la salud y los que ostentan competencia en cuanto a actuaciones dirigidas al Pueblo Gitano.
- Implicación activa en iniciativas locales, autonómicas y estatales relativas a la promoción de la salud y complementariedad de las acciones.

111.- Planes Directores Temáticos
http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/

112.- Plan integral del Pueblo Gitano de la Generalitat de Catalunya aprobado por Acuerdo de Gobierno GOV/114/2009, de 30 de junio.
http://benestar.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/ambits_tematicos/inclusio_i_cohesio_social/pipg_cast_2014/pipg_cast.pdf

- Coordinación con los profesionales sociosanitarios y colaboración con las unidades de atención primaria y especializada.
- Participación en actuaciones de prevención de patologías específicas prevalentes en la comunidad gitana.
- Promoción de buenas practicas para el ejercicio profesional en el ámbito sociosanitario.
- Abordaje inter y multidisciplinar en conexión directa con el resto de Programas y Proyectos de la FAGIC que abordan las necesidades y demandas de la población gitana de Cataluña.

Tipología de beneficiarios:

El programa de Salud de la FAGIC aborda problemáticas en el conjunto de infraestructuras accesibles en el sistema catalán de salud como la red hospitalaria, los servicios complementarios, los servicios de atención primaria, los de atención sociosanitaria y las estructuras de atención en materia de salud mental. Las principales beneficiarias directas del programa son por una parte las mujeres gitanas miembros de las Asociaciones federadas a la FAGIC, en situación de exclusión y precariedad social, en situación de detención y mujeres vinculadas a las acciones de promoción personal, social y laboral de la FAGIC. Por otra parte, el personal asistencial en activo del sistema de atención primaria y especializada catalán, de las áreas básicas territoriales y de la red pública y privada hospitalaria como los médicos, el personal de enfermería, el personal auxiliar y los estudiantes de carreras universitarias y de formación profesional relativas a la atención sanitaria y social se ven beneficiados por las intervenciones. Finalmente, los miembros de asociaciones, sociedades y colegios profesionales vinculados a actuaciones de promoción de la salud junto con los profesionales del conjunto de servicios de la red de atención social llegan a disponer de información e instrumentos que permiten mejorar considerablemente la calidad de su intervención con la población gitana.

Las líneas estratégicas pueden estructurarse en torno a:

- ⇒ La promoción de la salud en mujeres gitanas
- ⇒ La potenciación de la adquisición de autonomía
- ⇒ La elevación del grado de bienestar
- ⇒ La mejora de la calidad de vida de la Población Gitana
- ⇒ La modificación de las conductas de riesgo con un efecto multiplicador positivo
- ⇒ El acceso a informaciones y conocimientos útiles y prácticos
- ⇒ El mantenimiento de la identidad cultural propia
- ⇒ La introducción del concepto de prevención
- ⇒ La mejora de la convivencia intercultural en el sistema de atención a la salud

Los Objetivos operativos del Programa de Salud de la FAGIC son los siguientes:

- Incorporar hábitos saludables en la cotidianeidad de la mujer gitana y de sus familiares
- Empoderar a las mujeres en materia de prevención socio-sanitaria de situaciones y conductas de riesgo
- Capacitar a las mujeres sobre temáticas sanitarias prioritarias para la Comunidad Gitana
- Formar a profesionales de los servicios socio-sanitarios en cultura gitana y necesidades médicas y en materia de promoción de la salud de la población gitana
- Generar un trabajo en red sobre la intervención sociosanitaria con población gitana y difusión de buenas prácticas en materia de atención e intervención sociosanitaria.

Principales actividades desarrolladas en el marco del Programa:

Las principales acciones desarrolladas a lo largo de estos últimos años se han ido llevando a cabo de forma complementaria en función de la priorización de necesidades por parte de la propia población gitana en materia de salud junto con los recursos disponibles para su realización. Las acciones se estructuran en función de cuatro bloques temáticas absolutamente interrelacionados:

1. Intervención directa con mujeres y población gitana

- ⇒ Talleres presenciales de capacitación de mujeres gitanas para la mejora de su percepción de salud y la adquisición de hábitos saludables.
- ⇒ Acciones de promoción de la salud en la comunidad gitana
- ⇒ Detección de necesidades y situaciones emergentes sociosanitarias

2. Acompañamiento sociosanitario

- ⇒ Acompañamiento personalizado de personas y familias en situación de extrema precariedad sanitaria y social
- ⇒ Acciones de mediación en el ámbito sanitario gracias a las intervenciones de los mediadores gitanos presentes en los principales centros hospitalarios públicos del sistema catalán de la salud.
- ⇒ Formación de mujeres como agentes cívicas de salud
- ⇒ Asesoramiento para profesionales de la salud en materia de atención a miembros de la comunidad Gitana.

3. Capacitación y formación de profesionales sociosanitarios

- ⇒ Seminarios formativos para profesionales de la red de atención primaria y especializada
- ⇒ Celebración de una Jornada Anual de Salud y Comunidad Gitana con perspectiva local, autonómica, estatal e internacional.

- ⇒ Edición de materiales didácticos, de información y de formación sobre problemáticas de salud que afectan al Pueblo Gitano
- ⇒ Laboratorio de ideas para el intercambio de buenas prácticas profesionales

4. Evaluación de necesidades y trabajo en red

- ⇒ Trabajo en red con organismos relevantes en el sector sociosanitario en Cataluña y el resto de España si procede.
- ⇒ Participación activa en la elaboración de planes y programas de acción sectoriales y/o generalistas que abordan cuestiones del ámbito médico y sociosanitario de interés para la comunidad gitana
- ⇒ Análisis casuístico de las necesidades de la Población Gitana en materia de salud y estudio mediante la metodología Investigación-Acción de las prioridades sanitarias prevalentes.

PROGRAMA DE SALUD CON MUJERES GITANAS

Asociación Barró de Madrid

El trabajo realizado por Barró a lo largo de los últimos años con grupos de mujeres gitanas, ha puesto de manifiesto aquellos aspectos de la salud que deben de ser reforzados especialmente:

- ⇒ Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos.
- ⇒ Seguimiento y control de los tratamientos, embarazos y abortos inducidos.
- ⇒ Revisiones ginecológicas y continuidad de tratamientos etc...ya que conocen los métodos seguros pero no los utilizan, con lo cual vemos que el conocimiento, por sí sólo, no afecta a la práctica y que el uso correcto de los métodos está condicionado por distintos factores culturales, sociales y económicos, que interactúan entre sí, y que deben tenerse en cuenta.

Desde el año 2006 que comenzó el programa hasta diciembre del 2013, 962 mujeres han participado en el mismo. Mujeres de las zonas de Vallecas Puente y Villa; Moratalaz, Vicálvaro, Carabanchel, Usera y Cañada Real.

Estas mujeres normalmente no acuden a este tipo de servicios por diferentes motivos: ignorancia de su existencia, falta de tiempo, necesidad de atender a otras prioridades diferentes de su propia salud, etc.

Las mujeres, animadas y acompañadas por las mediadoras, han acudido a las citas, y lo que es más importante han realizado el ciclo completo de pruebas que se pudieran derivar. También han acudido mujeres viudas o jóvenes adolescentes que dentro de la cultura gitana, no deberían demandar este tipo de servicios y que podría incluso considerarse mal. Ahí la labor de las mediadoras ha sido muy importante para romper mitos y estereotipos.

Así, la figura de la mediadora social de etnia gitana, ha sido fundamental para lograr el éxito del programa, ya que facilita especialmente la comunicación correcta entre profesional y usuaria, adecúa las claves utilizadas en la intervención y lleva el control y seguimiento del proceso.

Las mediadoras son personas encargadas fundamentalmente de:

Realizar el trabajo de calle.

- Facilitar la organización y realización del proceso (desde que se convencen para que asistan al CMS, hasta la finalización del tratamiento).
- Transmitir la información adaptada al nivel formativo y comunicativo de la usuaria.
- Realizar actuaciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, adopción de hábitos saludables, consecuencias de la automedicación y los medicamentos mas comúnmente utilizados.
- Realizar acompañamientos a las consultas y recoger las demandas y necesidades de las usuarias, derivando y facilitando acciones y actuaciones a seguir.
- Organización de citas (listado semanal) con los profesionales del CMS y las mediadoras de las asociaciones de la red.

- Visitas ginecológicas: acompañamiento de las mujeres gitanas al servicio de ginecología, desde un punto común del barrio donde viven. En este aspecto hemos tenido gran dificultad para llevar a las mujeres de Valdeemin por la ausencia de transporte y la influencia de todas aquellas variables que intervienen en un barrio marginal (derribos inesperados, imprevistos familiares continuos, enfermedades en los menores frecuentes, exceso de cargas familiares etc....)
- Cita en el centro de salud una mañana o una tarde a la semana con mínimos tiempos de espera, en el que se nos facilita la atención del enfermero que abre expediente, el médico de cabecera que hace una exploración general y del profesional de ginecología que hace la revisión ginecológica
- Tratamiento y seguimiento: la figura de la mediadora ha sido fundamental para facilitar la comunicación entre profesionales y beneficiarias, ya que se ha encargado de organizar el seguimiento de los tratamientos (pruebas y medicación)
- Citas de derivación (especialmente al trabajador social para solicitar el diu)
- Prevención de riesgos: a través de charlas, debates, exposiciones etc... Como el sexo sigue siendo un tema tabú para ellas, un aspecto de la vida que sólo tiene cabida en el matrimonio, es necesario el desarrollo de actitudes preventivas.

Las mujeres gitanas ofrecen cierta resistencia a los seguimientos ginecológicos, especialmente "las mozas". Gracias a la mediadora y al trato cordial de los profesionales se está avanzando en esta área de prevención de una forma significativa, ya que los temores y aquellas actitudes intolerantes se van suavizando.

También, continuar trabajando en el desarrollo de un nuevo modelo de salud que fomente en individuos y grupos sociales:

- Hábitos de vida saludables.
- Actitudes orientadas a la prevención higiénico-sanitaria.
- Detección y tratamiento precoz de las enfermedades.

Las mediadoras están animando un nuevo programa de Puesta a Punto con el C.M.S de Vallecas Villa para el fomento de hábitos de vida saludable, fomento de la actividad física, estudio de la dieta de los y las participantes, identificación del riesgo de diabetes.

PROGRAMA DE SALUD DE LA FEDERACION AUTONOMICA DE ASOCIACIONES GITANAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

F.A.G.A desde su inicio ha realizado actividades de promoción de la salud, sobre todo en trabajo comunitario en barrios chabolistas, ya erradicados en Alicante y con grupos de comunicación de mujeres gitanas, realizando talleres de promoción de la salud. Se ha ampliado y extendido el trabajo en salud a raíz de la incorporación de esta entidad al grupo de trabajo de salud, aplicando de forma transversal el objetivo de promoción de la salud a todos los programas ejecutados por esta entidad

F.A.G.A está comprometida con la promoción de la salud de la Comunidad Gitana siendo partícipe en el Grupo de Trabajo de salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, dentro de la Red de Salud Equisastipen y aplicando todas las acciones posibles de forma transversal en todos los programas que realiza.

Programas donde se promueve la salud:

- ⇒ Edúcalo : Subvencionado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- ⇒ Intervención socio-educativa en la provincia de Alicante: Subvencionado por la Excma. Diputación de Alicante
- ⇒ Formación de Adultos: Subvención de Consellería de Bienestar Social
- ⇒ Salud y promoción: Coordinación con la Dirección General de Sanidad y con entidades relacionadas con el ámbito de la salud (Fundación Alió, APSA, y otras...)
- ⇒ Fomento del asociacionismo: subvención de Consellería de Bienestar Social.

En Alicante se desarrollan acciones de promoción de la salud del siguiente tipo:

- Talleres a madres y padres: alimentación, nutrición, prevención de accidentes domésticos, salud mental, atención y prevención ginecológica (visitas grupales a revisiones), detección de cáncer de mama...
- Actividades saludables: talleres formativos y lúdicos de baile, deporte (creación de equipos de fútbol y predeporte) y acciones de convivencia con principios saludables.
- Talleres de drogodependencias
- Talleres para niños: protección solar, higiene bucal, alimentos de colores, actividades y manualidades de prevención de enfermedades...
- Cursos de verano saludables: almuerzos con frutas, juegos saludables...
- Junto con equipos docentes : informes y casos de niños con discapacidad o retrasos importantes y derivación a centros especializados como APSA para la atención temprana y la atención en primaria.
- Campañas oftalmológicas y obtención de gafas: con la Fundación Alió
- Visitas a higienistas en los centros de salud adyacentes a los colegios donde se trabaja.

- Curso de Mediación Sanitaria: 2010
- Información y asesoramiento a todo el sector asociativo gitano que compete a esta entidad para la extensión de la información y la aplicación de acciones saludables para la mejora de la promoción y salud de la comunidad gitana en su conjunto

En referencia a la coordinación con agentes socio-sanitarios y activismo saludable:

- Presentación de estudios y trabajo realizado a través del grupo de salud: Presentación Hospital de Alicante
- Acciones y asesoramiento dentro del Grupo de Salud
- Coordinación cursos en las universidades con convenio firmado como es el caso de la Universidad de Alicante o la Universidad Miguel Hernández de Elche: Curso Sastipen Aj RRomá en septiembre de 2012; formación a estudiantes y profesores universitarios
- Coordinación con la red y la dirección general de Salud Pública en la Comunidad Valenciana. Elaboración de la Estrategia Autonómica de Salud en la Comunidad Gitana.
- Coordinación con centros de salud, hospitales y departamentos en el área de salud del Gobierno Valenciano
- Apoyo y colaboración con el Instituto Desarrollo Social y Paz en el ámbito de salud y comunidad gitana

Criterios metodológicos:

1. Participación activa y liderazgo: de las propias entidades gitanas en la promoción de la salud.
2. Integración y normalización: Entendiendo que la igualdad de oportunidades es un derecho y por tanto habrá que aplicar las acciones de discriminación positiva necesarias para su consecución
3. Transversalidad: aplicando criterios y acciones en todos los programas que realiza la entidad para aplicar y hacer efectivas cuestiones como la salud, la igualdad de género, el liderazgo y participación activa, etc...

CAMPAÑA DE SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA

Federación andaluza FAKALI de mujeres gitanas y universitarias

Desde la Federación Andaluza de Mujeres Gitanas, FAKALI, una organización sin ánimo de lucro que aglutina a un importante número de asociaciones de mujeres gitanas de toda Andalucía, llevamos a cabo una Campaña de Salud, en la cual queremos destacar la inequidad en la que se encuentra la Comunidad Gitana respecto a la sociedad mayoritaria y por lo tanto la necesidad de acercar esta comunidad a los y las profesionales de la salud, trabajadores sociales y educadores sociales, contribuyendo a romper las barreras de las desigualdades en salud que sufre la población gitana, especialmente en aquellas zonas donde exista un mayor riesgo de exclusión y marginación social.

Mediante la implementación de esta Campaña de Salud, la Federación de mujeres gitanas, FAKALI, pretende servir de mediadora e interlocutora entre la comunidad gitana, sus mujeres y el resto de los agentes socio-sanitarios implicados.

En concreto, dicha Campaña responde a la ejecución de los Convenios-Proyecto que la organización tiene suscritos con el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad, para el desarrollo de las iniciativas "Satipen" y "Aprendiendo a estar Sanas".

Objetivos:

- 1.- Proporcionar a los y las profesionales de la sanidad una herramienta útil, objetiva y concreta de intervención y cooperación con las mujeres gitanas en particular, y con la comunidad gitana en general, mediante la presentación y uso de una Guía con contenidos específicos sobre esta cuestión.
- 2.- Diseñar, implementar y ejecutar una Formación Específica dirigida a:
 - 2.1.- Por un lado a los y las profesionales sanitarios, trabajadores sociales, educadores sociales, y en definitiva con todos aquellos agentes que estén en contacto con la población gitana.
 - 2.2.- Por otro a las personas gitanas, que por desconocimiento, o por sus difíciles circunstancias socioeconómicas no acceden a los recursos sanitarios que pone a su disposición la administración. Especialmente nuestras acciones van encaminadas a las mujeres gitanas.
- 3.- Aumentar la competencia intercultural en el Sistema Sanitario, concretamente en los y las agentes implicados/as, dotándoles de las herramientas necesarias para trabajar con personas en riesgo de exclusión o marginación social.
- 4.- Disminuir las desigualdades en salud ginecológica de las mujeres gitanas, informando, asesorando, y facilitando la información acerca de los recursos existentes en el Sistema Sanitario. Creando espacios de convivencia mediante la implementación de sesiones orientativas periódicas para que adquieran conciencia de la importancia de asumir responsabilidades en lo que a la medicina preventiva se refiere.
- 5.- Promocionar la salud entre la población gitana pero sobre todo con las mujeres, a través de la puesta en marcha de acciones formativas en hábitos de vida saludable, en educación en salud a través del deporte, afectivo sexual con las familias gitanas. De esta manera se está consiguiendo establecer puentes de comunicación que acercan de forma bilateral a las familias gitanas a los y las profesionales sanitarios.

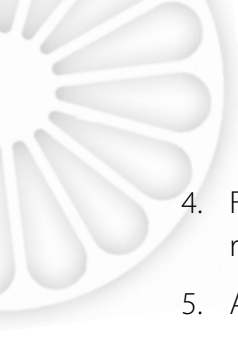


Población Destinataria:

- Por un lado a los y las profesionales sanitarios que trabajan con población gitana.
- A los y las agentes de mediación que intervienen a diario en las zonas catalogadas y reconocidas por las administraciones como espacios de riesgo y exclusión social y que están en contacto directo con las familias gitanas.
- A la población gitana y sus familias que por desconocimiento o por sus difíciles circunstancias socioeconómicas no acceden a los recursos sanitarios que pone a su disposición la administración.

Principales Acciones:

1. Elaboración de una Guía de Estrategias de Intervención en Materia de Salud con la Mujer Gitana, entre los contenidos:
 - Introducción.
 - Marco Legislativo.
 - Objetivos.
 - Análisis socio- Sanitario de la Comunidad Gitana.
 - Salud en las Mujeres Gitanas.
 - Medidas y recomendaciones generales.
 - Propuestas prácticas para la promoción de la Salud en las Mujeres Gitanas.
2. Formación al personal Sanitario dotándolos de herramientas útiles, objetivas y de intervención con personas en riesgo de exclusión en especial con la comunidad Gitana, acercándolos y rompiendo con estereotipos prejuicios y clichés dentro de esta. Entre los contenidos de la formación con el Personal Sanitario cabe destacar los siguientes puntos:
 - Reflexionar sobre la relación Comunidad Gitana y Sistema Sanitario.
 - Acercamiento y sensibilización hacia la Comunidad Gitana.
 - Propuestas para mejorar la relación entre la Comunidad Gitana y el Sistema Sanitario.
 - Casos Prácticos y Concretos.
3. Curso formativos de promoción a la Salud con población Gitana. Entre las temáticas cabe destacar las siguientes:
 - Prevención de cáncer de cuello de útero y mama.
 - Autoestima.
 - Promoción estilos de vida saludables.
 - Alimentación e higiene infantil.
 - Afectivos Sexuales.

- 
4. Fomento del deporte en la Comunidad Gitana: a través del taller de fútbol y mediante una carrera de obstáculos para los centros educativos que trabajan con la población diana.
 5. Acompañamientos y orientación a la población gitana en especial a las mujeres.
 6. Mediación entre la población gitana y los servicios socio sanitarios.
 7. Coordinación y asesoramiento al personal referente en los centros sanitarios.



ANEXO 4

MATERIALES DIDÁCTICOS PARA TRABAJAR LA SALUD CON LA COMUNIDAD GITANA

TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Programa de educación sexual con asociaciones.

AUTOR: García, M. et al.

EDITADO: Consejería Salud. Gobierno de Asturias.

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2011

SINOPSIS: Se trata de una guía de apoyo para la puesta en marcha de programas de educación sexual desde asociaciones de todo tipo. No es una guía adaptada a la intervención con la comunidad gitana, aunque en uno de sus capítulos aparece el modelo de intervención que se desarrolla desde la UNGA.

EXTRACTO ÍNDICE:

- Dimensiones de la sexualidad humana.
- La educación sexual desde un modelo sexológico.
- Programa de educación sexual con las asociaciones.
- Propuestas de las asociaciones para la educación sexual.
- Recursos.

La guía puede ser descargada desde este enlace: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=44584c6603c31310VgnVCM10000098030a0aRCRD>



TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con Adolescentes.

AUTOR: Ana Ansa Azcunce y alt.

EDITADO: Gobierno de Navarra

AÑO DE PUBLICACIÓN: 1995

SINOPSIS: Esta guía se dirige a todos aquellos profesionales y servicios públicos y del tercer sector que trabajen temas de desarrollo personal y salud con la población en general. Incluye propuestas de actividades (muy detalladas) que pueden ser desarrolladas en un taller con adolescentes.

CONTENIDOS:

- Quién soy yo
- Los otros/Las otras
- Controlo mi vida
- Relaciones interpersonales
- Me comunico mejor
- Me cuido

Puede ser descargada esta guía desde el siguiente enlace:

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9C5E6501-4734-45BF-999B-12C14ABCFA69/0/Gu%C3%ADadeSaludparatrabajarconadolescentes.pdf>

El Instituto de Salud Pública de Navarra también cuenta con otros materiales didácticos para trabajar con padres/madres.

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CEE32731-E43D-49C5-A858-EEDE6166369C/193891/GUIApadresymadres2.pdf>

Con mujeres.

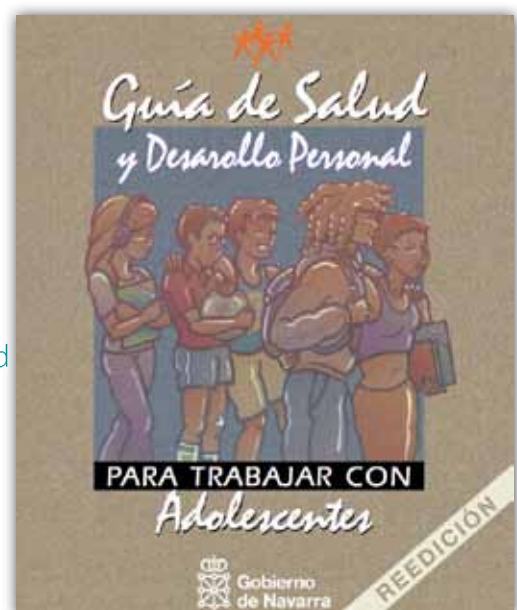
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CEE32731-E43D-49C5-A858-EEDE6166369C/193892/GuiaMujer2.pdf>

Para abordar cuestiones específicas sobre salud.

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Promocion+de+la+Salud/?NRMODE=Published

Para trabajar la prevención de accidentes domésticos con la comunidad gitana.

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/04CC0542-D742-42BB-ADCE-49B2F7BB7939/232960/Accidentescgitana.pdf>



TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Nastis. Prevención del consumo de tabaco en la comunidad gitana.

AUTOR: Arza, J.

EDITADO: Federación Gaz Kalo de asociaciones gitanas de Navarra y Servicio Navarro de Salud

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2008

SINOPSIS: Materiales didácticos que pretenden ser una herramienta para lograr trabajar los siguientes objetivos en la comunidad gitana: evitar que niños y niñas se inicien en el consumo de tabaco; lograr que los jóvenes que están empezando a fumar abandonen el consumo lo antes posible; ayudar a que los jóvenes y adultos fumadores dejen el hábito de fumar.

CONTENIDOS:

Kiro El Explorador. Cuento con propuestas de actividades para niños y niñas de entre 8 y 12 años.

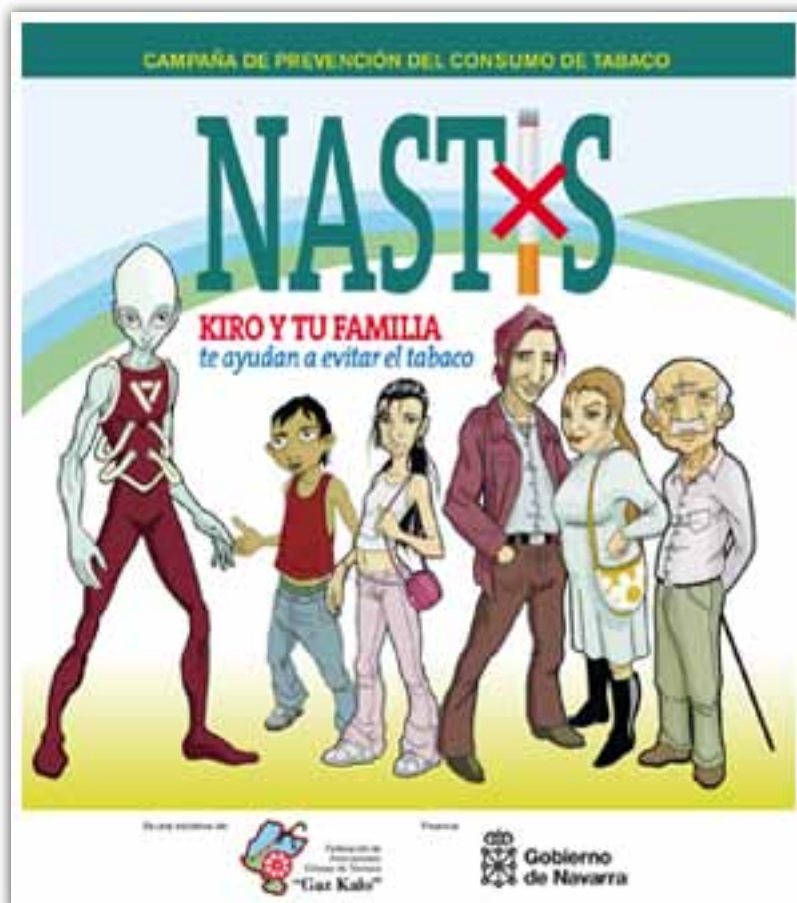
Tamara y Jesús. Fichas para trabajar con jóvenes de entre 12 y 18 años.

Antonio y Soledad. Fichas para padres y madres que quieren prevenir con sus hijos e hijas.

El Tío Julio. Fichas para personas fumadoras.

Esta publicación puede ser descargada desde la siguiente página web:

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Prevencion+del+Consumo+de+Tabaco/NASTIS1.htm



TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Guía de estrategias de intervención en materia de salud con la mujer gitana.

AUTOR: FAKALI

EDITADO: FAKALI y AMURADI.

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2013

SINOPSIS: Materiales didáctico para trabajar la salud con mujeres gitanas. Va dirigido a profesionales sociosanitarios y agentes de mediación.

CONTENIDOS: En primer lugar realiza una introducción sobre la Historia del Pueblo Gitano y a su situación en el ámbito de la salud. Posteriormente aporta algunas pautas de intervención en los siguientes ámbitos: prácticas preventivas, salud materno infantil y prevención de riesgos laborales.

Esta publicación puede ser solicitada a FAKALI. C/ Jimios, 3 1º 41001 Sevilla. fakali@fakali.org 954228871 También puede ser descargada desde el siguiente enlace:

http://issuu.com/amadormartin/docs/gu_a_de_salud_mujer_gitana

Guía de Estrategias de Intervención en Materia de Salud Con la mujer Gitana.



TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: FAMIRED. Herramientas para el agente comunitario.

AUTORES: Javier Arza y José Carrón

EDITADO: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2005

SINOPSIS: Este material pretende facilitar el desarrollo de grupos de educación familiar participativos y adaptados a padres y madres de familias en situación de exclusión social.

Se trata de una herramienta ofrecida a los agentes comunitarios sensibilizados hacia la intervención con este tipo de familias, y a las organizaciones desde las que trabajan.

La estrategia de FAMIRED ambiciona constituir “un puente” que facilite un posterior acceso de estas familias a otro tipo de recursos y programas dirigidos a la población general. De esta forma, en lugar de crear itinerarios paralelos para este tipo de familias, se contribuye a construir caminos que alejen de la estigmatización y la marginación a determinados colectivos y sectores de la sociedad

CONTENIDOS:

Guía metodológica

Salud

Grupo familiar

Desarrollo personal

Situaciones de conflicto

Comunidad

Espacio educativo

Este material puede ser solicitado a la FAD. Servicio publicaciones. Avenida Burgos, 1. 28036 Madrid. Tl.: 91 3838000. public@fad.es



TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios.

AUTOR: Cristina García García

EDITADO: Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2006

SINOPSIS: “La intención de este manual es ofrecer, a los diferentes profesionales del sistema sanitario, una serie de recomendaciones socioculturales, que orienten su intervención en la práctica sanitaria cotidiana cuando sus pacientes sean de etnia gitana. Pretendemos con ello contribuir al desarrollo de servicios sanitarios culturalmente adecuados a la población gitana de nuestro país para satisfacer sus necesidades de salud desde el reconocimiento y respeto a su identidad cultural.

EXTRACTO ÍNDICE:

Una aproximación a la cultura gitana

La comunidad gitana y la salud

El sistema sanitario y la población gitana

Glosario de términos

Anexos

La guía puede ser descargada desde este enlace:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/guiaSaludFSG.pdf>



TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Colección de materiales didácticos sobre salud.

AUTORES: Varios.

EDITADO: Fundación Secretariado Gitano.

AÑO DE PUBLICACIÓN: Varios.

CONTENIDOS: La FSG ha publicado materiales diversos sobre prevención de drogodependencias y VIH/SIDA, educación para la salud con mujeres, alimentación, prevención de accidentes, actividad física, etc.

Estos materiales pueden ser solicitados a la FSG. Servicio de publicaciones. Responsable: David Marañón Email: documentacion@gitanos.org Teléfono: 91 422 09 60 Fax: 91 422 09 61 Oficina: Madrid (Sede Central).C/ Ahijones, s/n. 28018 Madrid. Alguno de ellos puede ser descargado desde el siguiente enlace:
http://www.gitanos.org/centro_documentacion/herramientas/cajas/salud_intervencion.html.es

