

ORIGINAL BREVE

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

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

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

(1) Centro de Salud Pública de Valencia. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Valencia. España.

(2) Universitat de València. Departamento de Enfermería. Valencia. España.

(3) Centro de Salud Pública de Alzira. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Valencia. España.

(4) Fundación FISABIO de la Comunitat Valenciana. Valencia. España.

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

(6) Asociación ACOEC. Programa MIHSALUD. Valencia. España.

(*) Financiación: este estudio forma parte del proyecto de investigación que recibió el premio “Joan Baptista Peset” del Ayuntamiento de Valencia otorgado por el Instituto Médico Valenciano en 2016.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: Las intervenciones dirigidas a mejorar la salud deben tener en cuenta las desigualdades de la población y orientarse a la población más necesitada. El programa mihsalud (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud) promueve la salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad implicando al ámbito asociativo. El objetivo del estudio fue describir los cambios atribuidos al programa mihsalud y al proceso de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria (ASBC) por parte de las asociaciones a las que pertenecen.

Método: Estudio descriptivo cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a representantes de asociaciones participantes que formaron ASBC durante 2012 en Valencia. Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas con representantes de asociaciones que formaron ASBC tras 4 años de la formación. Las entrevistas se transcribieron verbatim y se analizaron con el programa para análisis cualitativo “Nvivo (análisis temático)”. Las transcripciones se codificaron línea por línea con perspectiva inductiva.

Resultados: Se agruparon en tres categorías principales: 1) Reconocimiento del rol del ASBC: Las asociaciones reconocieron el rol del ASBC entre sus iguales y la importancia de la formación recibida; 2) Cambios percibidos: Las asociaciones reconocieron tener una visión más amplia sobre la salud, identificaron el rol del ASBC que se coordina con los profesionales sanitarios de su zona de salud y el trabajo en red con otras asociaciones que antes desconocían; 3) Dificultades y oportunidades: La falta de apoyo para la continuidad de los proyectos vinculados con ASBC por la precariedad de las asociaciones pequeñas; y la coordinación con los servicios, el reconocimiento a nivel local y el fomento de la participación e interculturalidad a través de ASBC y sus iguales.

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

Palabras clave: Asociaciones, Agentes de salud comunitarios, Participación, Salud Comunitaria, Red Social, Población Vulnerable.

ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

Correspondencia:

Pilar López Sánchez
 Centro de Salud Pública de Valencia
 C/ Democracia (antes Castan Tobeñas), 77
 46018, Valencia. España
 lopez_pilsan@gva.es

Cita sugerida: López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Casseti V, Grau Camarena C, Castro-Rojas L, Crisanto-Pantoja M. Cambios atribuidos a un programa basado en la formación-acción de agentes de salud ¿Qué dicen las asociaciones?. Rev Esp Salud Pública. 2018;92:24 de septiembre e201809054.

INTRODUCCIÓN

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunitat Valenciana contempla en el IV Plan de Salud⁽¹⁾ el abordaje de la reducción de desigualdades en salud en personas en situación de vulnerabilidad, asumiendo los objetivos de la estrategia de equidad en salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS)⁽²⁾. Entendiendo la equidad en salud como la ausencia de diferencias en salud, injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente⁽³⁾.

Las intervenciones dirigidas a mejorar la salud deben tener en cuenta las desigualdades entre los distintos grupos sociales y dirigir intervenciones a la población que más lo necesita. A menudo, las intervenciones no tienen en cuenta esta perspectiva y ello hace que los grupos socioeconómicos más privilegiados se beneficien más de ellas. Para ello las acciones deben considerar los determinantes sociales de las desigualdades en salud y por lo tanto las intervenciones han de ser multisectoriales⁽⁴⁾.

En las grandes ciudades existen un gran número de personas en situación de vulnerabilidad (como población autóctona, inmigrante y de etnia gitana) y asociaciones o entidades que se dedican a la atención de estos colectivos. Las alianzas y colaboraciones entre estas asociaciones con los servicios de salud a través de programas conjuntos, suponen una oportunidad para “alcanzar” a esta población y promover la salud (PS) y el acceso adecuado a los servicios, promoviendo así condiciones que generan equidad en salud⁽⁵⁾.

El Centro de Salud Pública de València (CSPV), impulsó en 2007 el programa mihsalud⁽⁶⁾ (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud) en coordinación y colaboración con los servicios sanitarios y la red de atención primaria de salud, en dos áreas de salud de la ciudad de València (departamentos Hospital Dr. Peset y Hospital Clínic-Malvarrosa), la asociación ACOEC, el Ayuntamiento y el

tejido asociativo de la ciudad, con el fin de promocionar la salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad en el entorno urbano de la ciudad de Valencia.

Mihsalud se basa en el enfoque de determinantes sociales de la salud y pretende “empoderar” a las personas para que desarrollen sus capacidades para cuidar de su propia salud y controlar estos determinantes⁽⁷⁾. Así pues, en mihsalud el principal recurso para generar salud son las propias personas y la dinamización de los activos de su entorno^(8,9). En 2016 el programa mihsalud fue reconocido como modelo de buena práctica por el MSCBS y en 2018 ha sido reconocido como modelo de buena práctica en la Comunitat Valenciana.

Uno de los ejes del programa es la acción comunitaria a través del trabajo en red con asociaciones⁽¹⁰⁾ y la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria (ASBC). Cada año el programa oferta un curso de 120 horas, impartido en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, que capacita a líderes comunitarios vinculados a estas asociaciones para promover la salud entre sus iguales junto con profesionales de los centros de salud.

Desde la puesta en marcha del programa se han realizado diversos estudios para evaluarlo de manera global^(11,12) o para valorar determinados componentes como el diseño de la formación-acción de agentes de salud⁽¹³⁾, las conversaciones informales⁽¹⁴⁾, la mediación intercultural⁽¹⁵⁾, el impacto socioeconómico⁽¹²⁾, los foros comunitarios⁽¹⁶⁾ o la calidad⁽¹⁷⁾. Aun así, no se había planteado una valoración de los cambios producidos por el programa desde el punto de vista de las asociaciones colaboradoras y de los agentes de salud vinculados a las mismas y con una perspectiva temporal.

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

SUJETOS Y MÉTODOS

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

Diseño. Estudio cualitativo^(18,19) realizado en la ciudad de Valencia mediante entrevistas semiestructuradas individuales a representantes de las asociaciones, transcurridos 4 años de haber remitido a algún candidato/a al curso de formación-acción de ASBC.

Participantes y Contexto. En el programa mihsalud se realizaron 8 ediciones del curso de formación-acción de ASBC y para este estudio se decidió tomar como referencia al alumnado y asociaciones que participaron en la 4ª edición del curso celebrada en 2012 para poder valorar los cambios percibidos en un periodo de tiempo de 4 años.

Para la entrevista con representantes de las asociaciones colaboradoras el equipo de investigación estuvo compuesto por una enfermera y dos médicos de promoción de salud del CSPV, dos enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria, dos ASBC y una antropóloga especialista en salud pública (Anexo 1).

Durante los meses de septiembre a diciembre de 2016 se contactó telefónicamente con los representantes de las 15 asociaciones que participaron en el curso de 2012, se les explicó

el motivo y se acordó día y hora, según su disponibilidad, para realizar las entrevistas. Se llevaron a cabo un total de 12 entrevistas en locales de las propias asociaciones. Tres asociaciones no participaron en el estudio por no continuar al frente de las mismas las personas que eran responsables de ellas en 2012. Las entrevistas fueron grabadas, con una duración de entre 30 y 60 minutos.

Se entrevistó a 9 mujeres y 3 hombres de cuatro tipos distintos de asociación según la población con la que trabajaban (tabla 1). La edad aproximada de estos/as representantes de asociaciones fue entre 40-65 años.

Aspectos éticos. Las entrevistas fueron realizadas por 2 miembros del equipo investigador. Antes de comenzar se obtuvo el consentimiento informado por escrito firmado y oral. Se garantizó la confidencialidad, anonimato y almacenamiento de la información. Dadas las características del estudio y la normativa vigente en el período de su ejecución, no se requirió aprobación del comité ético de la Fundación FISABIO.

Análisis de la información. Las entrevistas se transcribieron palabra por palabra (verbatim) y se analizaron con el programa para análisis cualitativo Nvivo. Las transcripciones se codificaron línea por línea desde una perspectiva inductiva. Los miembros del equipo investigador analizaron y compararon los códigos entre ellos para ir identificando temas y categorías. Se realizó un análisis temático⁽²⁰⁾

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

Tipo Asociación	Representante Hombre	Representante Mujer	Cargo
Intercultural	1	7	2 Presidenta 3 Técnica/o 3 Coordinadora/o
Pacientes	1	1	1 Presidenta 1 Técnico
Población gitana	1	-	1 Técnica
Juvenil	-	1	1 Coordinadora

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

RESULTADOS

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

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

Las personas entrevistadas reconocieron que el programa brindaba formación y “capacitaba” en cuestiones de salud tanto a ASBC como a la propia asociación. La formación de ASBC contribuyó a la toma de conciencia de

su propia salud y de la importancia del autocuidado en ellos mismos y en su entorno, en definitiva, les empoderó como personas y como educadores entre iguales. También reconocieron que el programa permitía capacitar a líderes comunitarios como ASBC, favoreciendo que fueran las personas referentes (empatizaban y tenían autoridad) que promovían la salud entre sus iguales en el espacio asociativo y facilitaban el acercamiento, la horizontalidad y el acceso a los recursos sanitarios y locales de manera adecuada. Además, el programa les permitió incorporar la salud de manera transversal y estructurada en sus actividades e incluir nuevas acciones de promoción de salud.

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

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

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

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

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

reconocimiento que obtuvieron por parte de profesionales sanitarios y entidades locales, y el trabajo red para promover la salud en la ciudad, así como señalaron la utilidad de los foros comunitarios “Segundos martes salud” para estar actualizados y promover el empoderamiento.

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

DISCUSIÓN

Las personas representantes de asociaciones entrevistadas valoran la formación que las y los ASBC han recibido del programa, reconocen el papel y las tareas desarrolladas por estos agentes en la mejora de la salud desde el entorno asociativo y en la conexión de las entidades con otros servicios y recursos comunitarios. Por otra parte, relatan que las actividades que realizan tienen que ver con una visión más amplia de la salud según el modelo de los determinantes sociales de la salud⁽²¹⁾, pese a que antes de su participación en mihsalud, no lo consideraban así.

9 de las 12 representantes de asociaciones entrevistadas son mujeres, evidenciando el liderazgo de las mismas en el ámbito asociativo, caracterizado por el voluntariado o el altruismo^(22,23). La formación-acción de ASBC ha contado desde su diseño con la participación mayoritaria de las mujeres⁽²⁴⁾, lo que ha favorecido su implicación en la promoción de la salud en el ámbito asociativo.

Los cambios identificados en cuanto al rol de ASBC son coincidentes con los resultados

en otro proyecto basado en la formación de ASBC en contextos de vulnerabilidad⁽²⁵⁾ a nivel de barrio, reconociendo el rol que ejercen como promotores de salud entre iguales y favoreciendo el acceso al sistema sanitario de poblaciones alejadas y necesitadas de atención. Otros estudios realizados sobre asociaciones de pacientes⁽²⁶⁾, reconocen este rol pero desde la perspectiva de la enfermedad y, por otro lado, nuestros resultados concuerdan con estudios sobre asociaciones sociales⁽²⁷⁾ en donde las y los ASBC favorecen la integración en estas poblaciones, al desarrollar el sentido de pertenencia y su integración en la comunidad.

Coincidiendo con el estudio y desde la perspectiva de género, las asociaciones de mujeres inmigrantes⁽²⁸⁾ son motores de integración y son el puente entre estas y la sociedad receptora, al ofrecer apoyo emocional, instrumental y material, pero además, en las asociaciones del programa mihsalud, la promoción de la salud basada en ASBC se convierte en una herramienta que permite acceder al sistema sanitario, participar través de la educación entre iguales y tejer redes para disminuir las barreras y disminuir la vulnerabilidad social⁽²⁹⁾.

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

Las limitaciones, del estudio se deben a que este se realizó durante una intervención comunitaria y no es un diseño de investigación separado de ella; no se pudo recoger la opinión de la totalidad de las asociaciones y puede

haber un sesgo de complacencia con el programa por parte de los representantes de las asociaciones. Otra limitación es la propia representatividad de las personas entrevistadas (sólo una por asociación), si hubiera al menos dos entrevistadas por asociación o un grupo de discusión con diferentes representantes hubiera podido obtenerse mas información.

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

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

AGRADECIMIENTOS

A todas las asociaciones y, especialmente, a ACOEC; a las personas ASBC, a las y los profesionales sanitarios y a las direcciones de Atención Primaria, especialmente a la dirección del Centro de Salud Pública de Valencia, porque sin su compromiso no hubiera sido posible realizar esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat Valenciana. Cuarto plan de salud de la Comunidad Valenciana (2016-2020). Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016 Available from: URL: http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf
2. Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España: Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas y de intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of Health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
4. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(5):465-73.
5. Díez E, Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, et al. Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. *Gaceta Sanitaria*. 2016;30(Supplement 1):74-80.
6. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, López P, et al. MI-HSALUD. Una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Comunidad*. 2012;14:29-32.
7. Ottawa charter for health promotion. *Canadian Journal Of Public Health*. 1986;77(6):425-30.
8. Cofiño R, Aviñó D, Belén Benedé C, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*. 2016;30(Supplement 1):93-8.
9. Sánchez Casado L, Paredes-Carbonell JJ, López Sánchez P, Morgan A. Mapa de activos para la salud y la convivencia: propuestas de acción desde la intersectorialidad. *Index de Enfermería*. 2017; 26 (3):180-184.
10. Castro-Rojas L, Crisanto-Pantoja M, Martín-García A, et al. Salud en nuestra agenda: guía para impulsar acciones comunitarias en salud desde las asociaciones. València: Generalitat Valenciana 2016.
11. Càtedra de Recerca Qualitativa. CIEGS. Proyecto EVALIPS: Evaluación de una Intervención Participativa en Salud - Evaluación del programa mihsalud 2007-2013. Valencia: Centro de Salud Pública de Valencia; 2013.
12. Alcaraz Quevedo M. Evaluación socio-económica del Servicio de Mediación Intercultural en un programa de promoción de salud y participación ciudadana: programa mihsalud, en la ciudad de Valencia Universidad Politécnica de Valencia. Departamento de Economía y Ciencias Sociales; 2015.
13. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz Quevedo M, et al. Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. *Index de Enfermería* 2013;22(3):166-170. Available from: URL: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200011>.
14. Alcaraz Quevedo M, Paredes-Carbonell JJ, López-Sánchez P, et al. Conversaciones informales en un programa de salud comunitaria: evaluación del proceso. *Index de Enfermería* 2013;22(4):199-203. Available from: URL: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300002>.

15. Alcaraz Quevedo M, Paredes-Carbonell JJ, Sancho Mestre C, et al. Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. *Revista Española de Salud Pública* 2014;88:301-310. Available from: URL: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000200012>.
16. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Grau Camarena C, et al. Foro comunitario 2º martes salud, una herramienta de promoción de salud comunitaria. *RIDEC. Revista de la Asociación de Enfermería Comunitaria* 2017;10[1]:17-22.
17. Cerdá-Gómez R, Paredes-Carbonell JJ, López-Sánchez P. Aplicabilidad y percepción de utilidad del European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP) en un programa de promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria* 2017;32(2):135-142. Available from: URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.007>
18. Mason J. *Qualitative Researching*. 2 ed. London: SAGE Publications; 2002.
19. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000;320(7227):114-6.
20. Ritchie J, Lewis J. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. 1st ed. J. Ritchie & J. Lewis eds. London, Thousand Oaks, New Delhi, SAGE Publications Ltd;2003.
21. Organización Mundial de la Salud. Subsanas las desigualdades en una generación. Informe Final. Comisión sobre los determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS;2008. Available from: URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.
22. Esteban ML. Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En: Congreso Internacional Sare 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo; 2004. p. 63-84.
23. South J, et al. Rewarding altruism: Addressing the issue of payments for volunteers in public health initiatives. *Social Science Medicine*. 2014; 104: 80-7.
24. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz-Quevedo M, et al. Participación de mujeres inmigrantes latinoamericanas en un programa de salud sexual y reproductiva en España. *Enfermería Comunitaria (rev digital)* 2016 [cited 2017 Mar 28];12(1) Available from: URL: <http://www.index-f.com/comunitaria/v12n1/ec10465r.php>.
25. Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, et al. Proyecto RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. *Atención Primaria*. 2014;46(10):531-40.
26. García-Sempere A, Artells J. J. Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. *Encuesta a informadores clave. Gaceta Sanitaria*. 2005;19(2): 120-126.
27. Vega M. T, Pereira M. A. Sentido de comunidad y bienestar en usuarios de asociaciones sociales de salud. *Global Journal of Community Psychology Practice*.2012; 3(4): 1-5.
28. Mena M., Pla M, Masip M. Análisis de redes de mujeres inmigradas en Cataluña: papel de las asociaciones en el mantenimiento de su salud. *Psico*. 2007;38(2):117-24
29. Mazarrasa L, Blázquez M, Martínez M, et al. Promoción de la salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales. En: La prevención de la infección del VIH/sida en población inmigrante. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 73-83. [Consultado el 25/06/2018]. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/prevencionVIH_SIDAPoblacionInmigrante06.pdf.
30. Aparicio R, Tornos A. Las asociaciones de inmigrantes en España. Una visión de conjunto. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2010. p. 129. [Consultado el 25/06/2018]. Disponible en: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/Las_asociaciones_de_inmigrantes_en_Espana_Una_vision_de_conjunto.pdf.

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

Asociación:
Persona contacto en la Asociación:
Cargo dentro en la Asociación:
Nacionalidad: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Preguntas:
1. Dentro de la asociación explica qué ha supuesto la formación de un agente de salud de base comunitaria.
2. Tras la formación de los agentes de salud de base comunitaria ¿continúan colaborando o siguen vinculados con la asociación? ¿De qué manera?
3. ¿Cómo valoras la figura del agente de salud de base comunitaria y su trabajo como educador/a entre iguales?
4. De 2012 a la fecha ¿Qué cambios habéis percibido dentro de la asociación?
5. ¿Se han introducido en la programación anual de la asociación actividades de promoción de la salud? ¿Cuáles?
6. ¿Podrías contar si en tu asociación hubo interés de otras personas para formarse como ASBC, a raíz de las actividades realizadas por el o la agente de salud?
7. ¿Habéis desarrollado algún proyecto de promoción de la salud? Explicalo.
8. ¿Qué tipo de relación ha establecido la asociación con los recursos sanitarios y otras asociaciones?
9. ¿Cuáles crees que han sido las aportaciones principales después de participar con el proyecto mihsalud?

Fuente: Elaboración Propia