



EQUI-SASTIPEN

**Proyecto para la promoción de la salud en la
comunidad gitana**



Propuesto por Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano

Elaborado por IKUS Desarrollo Social y de Organizaciones

INDICE

Presentación.....	pag. 3
1. Diagnóstico de necesidades y contexto estratégico.....	pag. 4
1.1. Diagnóstico sobre la salud de la comunidad gitana.	
1.2. Recomendaciones sobre los programas de salud dirigidos a la comunidad gitana.	
1.3. Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-12).	
2. Objetivos.....	pag. 11
Objetivos generales.	
Objetivos específicos.	
3. Descripción del contenido del Proyecto.....	pag. 12
Proceso de preparación.	
Proceso de formación.	
Proceso de desarrollo zonal.	
Proceso de asesoramiento y coordinación.	
Proceso de evaluación.	
4. Estructura organizativa.....	pag. 22
5. Cronograma.....	pag. 23
6. Equipo coordinador del Proyecto.	pag. 24



PRESENTACIÓN.

En este Proyecto presentamos una propuesta metodológica dirigida a incidir sobre la situación de desigualdad en salud que sufre la comunidad gitana en España. En su elaboración hemos tenido en cuenta las buenas prácticas desarrolladas hasta el momento, y algunas de las debilidades no afrontadas en experiencias precedentes. Así, las principales características diferenciadoras de *Equi-Sastipen* son las siguientes:

- Aplicado en microzonas, pero contando con un modelo de trabajo compartido y desarrollando un importante esfuerzo de coordinación entre las distintas zonas.
- Gestionado desde el asociacionismo gitano, pero garantizando la activa implicación del sistema sanitario y de otros agentes comunitarios.
- Aplicando la metodología de la mediación y la educación entre iguales, pero cuidando intensamente los procesos de selección, formación inicial y formación permanente de los mediadores y las mediadoras.
- Con clara vocación de acción directa, concreta y práctica, pero invirtiendo también muchas energías en los procesos de diagnóstico inicial, planificación y evaluación.
- Contemplado como un Proyecto piloto, por lo que su temporalización inicial es de 20 meses, pero entendiendo que el esfuerzo debe ser mantenido en el tiempo hasta que los indicadores de desigualdad disminuyan y el sistema sanitario pueda atender de manera normalizada a la población gitana de las zonas en las que se desarrolle el Proyecto.

El Proyecto es propuesto por el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y su marco de desarrollo estratégico es el Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-12). El Proyecto ha sido elaborado por IKUS¹, una empresa de investigación, formación y consultoría, orientada al desarrollo de organizaciones, equipos y profesionales del Tercer Sector, del ámbito público y del sector privado.

¹ www.ikus.com.es



1. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES Y CONTEXTO ESTRATÉGICO.

En este apartado definiremos los tres ejes sobre los que se fundamenta Equi-Sastipen. El primero sitúa las necesidades que pretendemos afrontar, mientras que los otros 2 plantean el contexto estratégico en el que se enmarca nuestra propuesta operativa:

1. El diagnóstico de las necesidades en salud de la comunidad gitana, extraído del único estudio de ámbito estatal que se ha desarrollado hasta el momento en España: “Encuesta de salud a la comunidad gitana de España, 2006”.
2. Las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI, en adelante) ha realizado respecto a los programas de salud dirigidos a la comunidad gitana.
3. Los objetivos generales del Área de Salud recogidos en el Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-12).

1.1. DIAGNÓSTICO SOBRE LA SALUD DE LA COMUNIDAD GITANA.

La realización por parte del MSPSI de la “Encuesta de salud a la comunidad gitana de España, 2006”, ha supuesto 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 España². Su análisis evidencia una situación de desigualdad en salud, es decir, indica que la comunidad gitana se encuentra afectada por diferencias en el estado de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Por ejemplo:

- Declara una mayor prevalencia de enfermedades crónicas:
 - ✓ Un 13,6% de los hombres gitanos señala tener el colesterol elevado, frente al 9,6% en la población general.
 - ✓ Las jaquecas son 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 informa sobre problemas de alergia, frente al 10,9% en la población general.
 - ✓ La depresión en mujeres gitanas es declarada por el 17,6%, frente al 7,7% en el total de la población española.
 - ✓ El asma en población infantil gitana asciende al 13,3% en niños, frente al 5,4% declarado en niños de la población general. En las niñas gitanas es un 8%, frente al 3,5% en el resto de niñas.
- Declara 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.

² Su diseño ha permitido comparar los datos con los extraídos de la Encuesta Nacional sobre Salud.

- Declara un mayor porcentaje de accidentabilidad, especialmente en el caso de los accidentes de tráfico.
- Un 14,2% de los hombres gitanos declara tener problemas para ver, frente a un 3,7% en la población general. En las mujeres estas cifras son del 19,7% (gitanas) y del 6,6% (población general).
- Un 42,8% de los hombres gitanos mayores de 55 años responde tener problemas para oír, frente al 24,4% en la población general. En las mujeres las cifras son de 34,4% en gitanas y 20,5% en la población general.
- La percepción sobre el estado de salud es 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 describe 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% describe su salud como buena o muy buena, frente al 38,2% en la población general.

Los resultados de la encuesta también permiten observar que el estado de salud deficitario de la comunidad gitana se ve 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 aparece 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 observa 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 confirma 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 ha acudido nunca a consultas de ginecología, frente al 17,6% en la población total de España. Además, la revisión periódica tiene 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 han realizado mamografías o citologías es inferior: 31,9% se han realizado mamografías, frente al 48,9% en la población general; 47% se han 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 ha 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 son menos frecuentes en la población gitana de hombres y mujeres, tanto en población adulta como infantil. Por ejemplo, un 42% de los hombres gitanos declara tener algún empaste, frente a prácticamente el 58% en la población general.

SÍNTESIS DIAGNÓSTICO

- Percepción sobre el estado de salud es más negativa en la población gitana de mayor edad frente a la población general.
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas.
- Mayor presencia de caries.
- Mayor porcentaje de accidentabilidad.
- Mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular.
- Acceso equivalente en medicina general, hospitalización, urgencias y medicamentos.
- Mayor utilización de estos servicios por el peor estado de salud en la comunidad gitana. Especialmente en el caso de las mujeres y en las edades más avanzadas.
- 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.

1.2 RECOMENDACIONES SOBRE LOS PROGRAMAS DE SALUD DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD GITANA.

El MSPSI convocado en los últimos años dos grupos de trabajo para analizar la intervención en salud con la comunidad gitana. Las conclusiones de estos grupos de expertos y expertas han sido publicadas por el Ministerio en los siguientes libros:

- “Salud y Comunidad Gitana” (2005).
- “Comunidad Gitana y Salud. La situación de la comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas” (2008).

En ellos se recogen una serie de recomendaciones generales que deben tener en cuenta los programas que deseen abordar la desigualdad en salud de la comunidad gitana.

○ Participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención.

Para evitar enfoques asistencialistas o paternalistas en la intervención, la participación y el protagonismo de la comunidad gitana debe producirse en todas las fases del proceso de diagnóstico-planificación-intervención-evaluación. En los textos referidos se señala específicamente a las asociaciones gitanas como agentes con los que se deben establecer alianzas para el desarrollo de programas en salud.

○ Trabajo intersectorial.

Los determinantes sociales de la salud, que en el caso de la comunidad gitana tienen una especial influencia, exigen la puesta en marcha de procesos de trabajo entre diferentes sectores: educación, vivienda, empleo,... Es preciso adoptar un enfoque sociosanitario que facilite el trabajo multidisciplinar y en red.

○ Avanzar y profundizar en la investigación.

La escasez de estudios e investigaciones sobre la salud de la población gitana es un factor que dificulta en gran medida la planificación de programas específicos que se adapten a la realidad y necesidades de este colectivo. En este sentido, cualquier programa de intervención debe contemplar también entre sus objetivos el contribuir a avanzar en el conocimiento sobre la situación, características y necesidades que la población gitana tiene en el ámbito de la salud.

○ Formación en atención a la diversidad del personal que trabaja en salud.

En el currículum sanitario no se han primado hasta el momento las habilidades de comunicación, ni los conocimientos de antropología médica necesarios para prestar servicios eficaces a poblaciones multiculturales. En este sentido, es fundamental la formación del personal que trabaja en el ámbito de la salud. Esta formación debe ser recibida antes del ejercicio profesional, pero también es necesario fomentar el reciclaje permanente.

- Fomento de la mediación intercultural y la educación entre iguales.

Para eliminar o debilitar las barreras de comunicación entre la comunidad gitana y el sistema sanitario, además de abordar la formación de los y las profesionales que trabajan la salud, otra de las vías es la incorporación de la mediación intercultural y el desarrollo de programas de educación entre iguales.

- Adaptación de materiales didácticos y campañas de información-sensibilización.

Por un lado, siempre que se considere necesario, se recomienda seguir elaborando materiales didácticos adaptados a los códigos culturales de la comunidad gitana. Por el otro, se subraya que las campañas institucionales no suelen lograr que la comunidad gitana se sienta identificada con ellas. Es preciso, por lo tanto, diseñar algunas iniciativas (complementarias de las campañas dirigidas a toda la población) que sean significativas para la población gitana. La participación de personas gitanas en el diseño de estas campañas y materiales didácticos sería un claro ejemplo de buena práctica.

- Avanzar en la universalización de prestaciones sanitarias.

Aunque la universalización de una prestación suele generar en un inicio inequidad (accede a ella más la población que se encuentra en una mejor situación), posteriormente va logrando llegar a toda la población y tiende a establecerse como una norma social. En este sentido, la universalización, por ejemplo, de la atención buco-dental, podría tener un efecto muy positivo a medio plazo en la salud de la comunidad gitana, tal y como se observa que está ocurriendo en otros casos (la vacunación, las revisiones ginecológicas,...)

- Incidir sobre el concepto de salud predominante en algunos sectores de la comunidad gitana.

La existencia de recursos y prestaciones sanitarias es insuficiente si no se trabajan también las actitudes hacia la salud y los estilos de vida. Para ello, debemos tener en cuenta la percepción que sobre la salud predomina en algunos sectores de la comunidad gitana. En muchos casos consideran que el binomio salud-enfermedad está regido por factores ajenos a ellos o ellas y, por lo tanto, no vinculan la salud con el estilo de vida (con la alimentación o el ejercicio físico, por ejemplo)

- Tendencia a la normalización de los programas que trabajan la salud con la comunidad gitana.

La tendencia de los programas debe ser la normalización, es decir, que la población 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), ésta debe ser considerada como una medida temporal orientada a preparar la incorporación posterior de la población a recursos normalizados.

- Estabilización de los programas que trabajan la salud con la comunidad gitana.

Finalmente, se afirma que la intervención en este campo requiere procesos a medio-largo plazo, por lo que los programas deben contar con una adecuada estabilidad en el tiempo.

SÍNTESIS RECOMENDACIONES

- Participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención.
- Trabajo intersectorial.
- Avanzar y profundizar en la investigación.
- Formación en atención a la diversidad del personal sanitario.
- Mediación.
- Adaptación materiales didácticos y campañas, en aquellos casos que sea necesario.
- Universalización prestaciones sanitarias.
- Incidir sobre concepto salud
- Normalización programas
- Estabilización programas

1.3. PLAN DE ACCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA POBLACIÓN GITANA (2010-12).

El 9 de abril de 2010 fue aprobado por el Consejo de Ministros el Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana (2010-12). Para su elaboración se tuvieron en cuenta las aportaciones de los distintos grupos de trabajo del Consejo Estatal del Pueblo Gitano³. Asimismo, para su desarrollo se deberá tener en cuenta la participación de los distintos Ministerios, del asociacionismo gitano y muy especialmente de las comunidades autónomas, ya que tienen competencias esenciales para la puesta en marcha de políticas de alto impacto en el desarrollo de la comunidad gitana.

El Plan contempla 8 ámbitos de actuación:

1. Ciudadanía, igualdad de trato y no discriminación.
2. Educación.
3. Empleo y actividad económica.
4. Acción social.
5. Salud.
6. Vivienda.
7. Cultural.
8. La población gitana en la agenda política europea.

³ Se trata de 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.

Específicamente en el ámbito de la salud, el Plan define tres objetivos generales y 23 actuaciones:

- Objetivo 1. Facilitar un mejor acceso y aprovechamiento de los servicios de salud, estableciendo la relación normalizada entre la comunidad gitana y el sistema sanitario.
- Objetivo 2. Reducir la distancia que persiste, en determinados indicadores de salud, entre la comunidad gitana y el conjunto de la población española.
- Objetivo 3. Garantizar un conocimiento permanente sobre la situación de la comunidad gitana y sobre las actuaciones que se realizan en torno a ella.

El Plan nace con la ambición de convertirse en un instrumento estratégico que oriente las acciones que pongan en marcha los distintos agentes implicados en el desarrollo de la comunidad gitana. En este sentido, contemplamos sus objetivos y actuaciones como marco estratégico para nuestro proyecto.



2. **OBJETIVOS**

OBJETIVOS GENERALES:

- Disminuir las desigualdades en salud de la población gitana en las zonas donde se implante Equi-Sastipen.
- Construir un modelo eficaz de actuación en el campo de la promoción de la salud con la comunidad gitana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

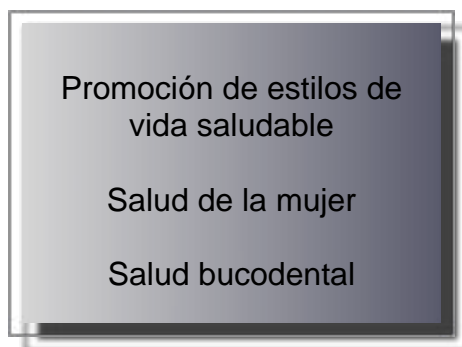
- Reducir las desigualdades en estilos de vida saludable de la población gitana residente en las zonas de desarrollo de Equi-Sastipen.
- Reducir las desigualdades en salud de las mujeres gitanas residentes en las zonas de desarrollo de Equi-Sastipen.
- Reducir las desigualdades en salud bucodental de la población gitana residente en las zonas de desarrollo de Equi-Sastipen.
- Incrementar la competencia intercultural del sistema sanitario en las zonas de desarrollo de Equi-Sastipen.
- Detectar factores clave para el diseño y desarrollo de buenas prácticas en el campo de la promoción de la salud con la comunidad gitana.



3. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL PROYECTO.

A través de Equi-Sastipen pretendemos desarrollar planes 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.

Basándonos en las conclusiones que se pueden extraer de la “Encuesta de salud a la comunidad gitana de España, 2006”, hemos decidido orientar los planes de salud hacia los siguientes núcleos de interés:



Asimismo, tendremos en cuenta las principales recomendaciones emitidas por los grupos de personas expertas convocados por el MSPSI, a los que ya nos hemos referido anteriormente:

- **Participación de la comunidad gitana en todos los procesos de intervención.**

Las asociaciones gitanas serán uno de los agentes fundamentales para el desarrollo de los planes comunitarios.

- **Trabajo intersectorial.**

Otro de los agentes será el sistema sanitario. Asimismo, se fomentará la participación de otros sectores de la comunidad a través de las comisiones de salud que se crearán en cada zona.

- **Avanzar y profundizar en la investigación.**

Cada plan será desarrollado a partir de un diagnóstico de la zona en la que va a ser desarrollado. Asimismo, se tendrá en cuenta la evaluación del proceso y los resultados como una vía que permita avanzar también en el conocimiento sobre la situación, características y necesidades que la población gitana tiene en el ámbito de la salud.

- **Formación en atención a la diversidad del personal sanitario.**

Esta será una de las líneas fundamentales de intervención de Equi-Sastipen. Se trabajará a través de la creación de espacios formales de formación, pero también se lograrán objetivos formativos a partir del trabajo conjunto cotidiano entre mediadores-as gitanos-as y personal sanitario, entre asociaciones gitanas y personal sanitario.

- **Mediación.**

La figura del mediador o mediadora es nuclear en nuestra propuesta. Como se señala en el documento “Salud y Comunidad Gitana” (MSC, 2005) “la mediación, entendida de forma profesionalizada, es un recurso que actúa como puente entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria para promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas...”

La mediación en el ámbito de la salud con la comunidad gitana tendría entre sus funciones:

- Facilitar la comunicación entre los y las profesionales de los recursos sanitarios y la comunidad gitana, promoviendo su acceso a dichos recursos en igualdad de oportunidades.
- Asesorar a las personas gitanas usuarias en relación con los y las profesionales de los servicios sanitarios.
- Asesorar a los y las profesionales sanitarios para una atención adecuada a las necesidades e intereses de la población gitana.
- Promover la dinamización comunitaria.
- Apoyar personalmente a las personas gitanas usuarias”.

Para facilitar un adecuado desarrollo de esta metodología de mediación, tendremos en cuenta las recomendaciones que la OMS y otras instituciones del sector plantean al respecto:

- Cuidar el proceso para la captación y selección de personas candidatas a convertirse en mediadores y mediadoras.
- Poner en marcha un proceso de formación previa y continua.
- Aportarles supervisión y acompañamiento profesional.
- Ofrecerles herramientas de calidad para realizar su labor (guías metodológicas y didácticas, materiales adaptados culturalmente, registros de evaluación, etc).
- Facilitarles una identidad institucional que les permita moverse adecuadamente entre el sistema sanitario y la comunidad gitana.

- **Incidir sobre el concepto de salud más extendido en la comunidad gitana.**

Precisamente la mediación es una de las estrategias más adecuadas para abordar cambios culturales respecto a las actitudes hacia la salud y los estilos de vida.

- **Normalización programas.**

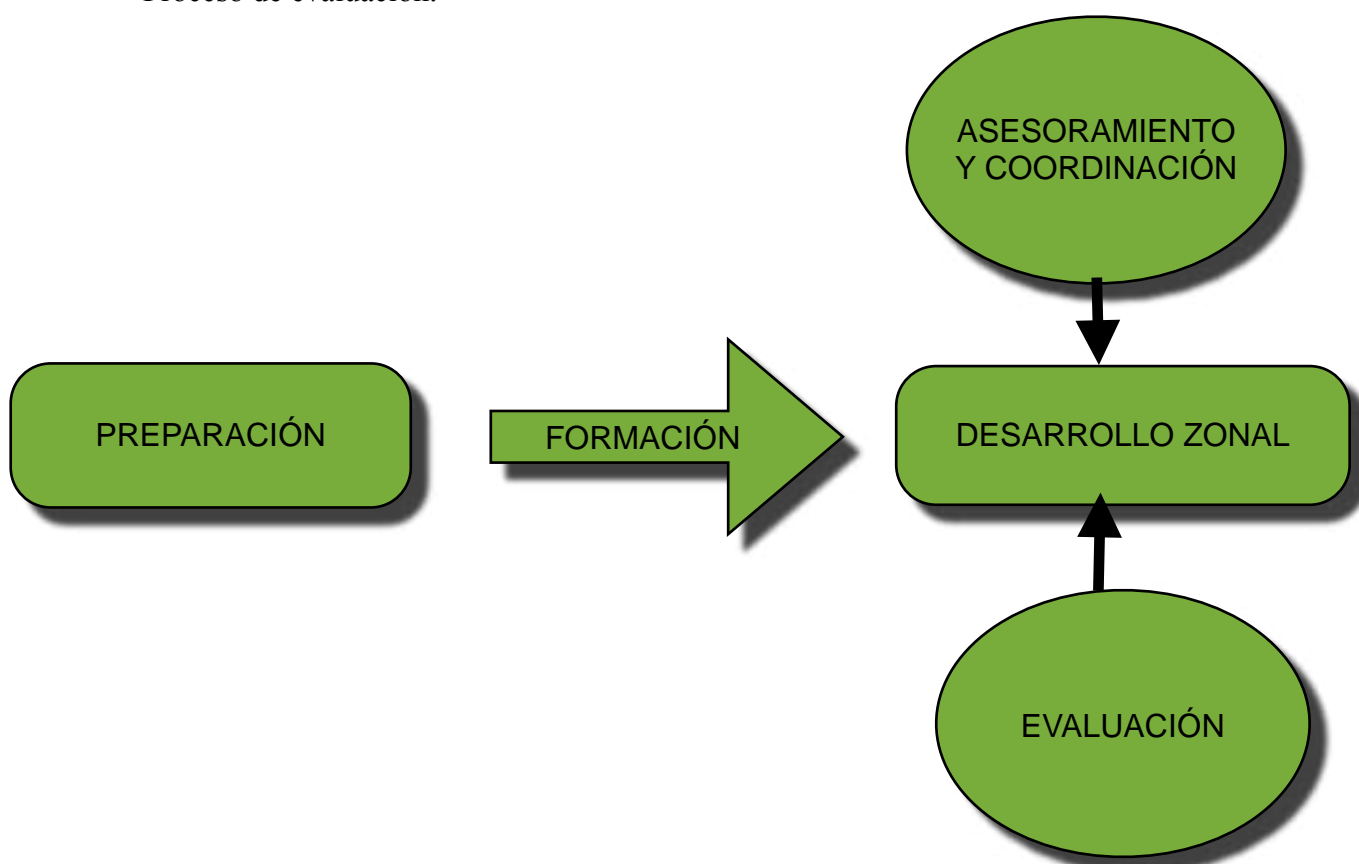
Nuestra propuesta consiste en trabajar de manera paralela con la comunidad gitana y con el sistema sanitario. De esta manera, pretendemos que el sistema sanitario alcance la competencia intercultural suficiente como para no precisar un proyecto específico como el nuestro.

- **Estabilización programas.**

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

Para el desarrollo del Proyecto pondremos en marcha diferentes procesos, consecutivos en unos casos, pero paralelos en otros:

- Proceso de preparación.
- Proceso de formación.
- Proceso de desarrollo zonal.
- Proceso de asesoramiento y coordinación.
- Proceso de evaluación.





PROCESO DE PREPARACIÓN.

A. Selección de las zonas para el desarrollo de Equi-Sastipen.

Se utilizarán los siguientes criterios:

- Compromiso del Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma.
- Representatividad territorial.
- Presencia de comunidad gitana.
- Incidencia de la desigualdad en salud.

Utilizaremos el criterio de distribución territorial propio del sistema sanitario: las áreas de salud. En este sentido, cada zona equivale a un área de salud. En una misma provincia se puede trabajar en varias zonas o áreas de salud.

B. Presentación de Equi-Sastipen en las zonas.

Se trata de presentar el Proyecto a los agentes más significativos de las zonas:

- Sistema sanitario de la zona.
- Asociaciones gitanas.
- Otras instituciones públicas de la zona.
- Otras asociaciones de la zona.

C. Creación de los equipos de coordinación.

En cada zona debe haber un responsable por parte del sistema sanitario y otro por parte de la asociación gitana que se va a encargar de la gestión del Proyecto. Ambas personas serán las encargadas de coordinar y realizar el seguimiento del Proyecto en su zona.

D. Captación y selección de las personas mediadoras en cada zona.

Esta fase será impulsada por el equipo de coordinación de la zona, de acuerdo a los criterios comunes establecidos para el Proyecto:

- 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 conocimientos básicos sobre informática e Internet.
- Que tenga actitud positiva hacia la formación permanente.
- Se valorará positivamente su formación académica.
- Se valorará positivamente su experiencia previa en tareas relacionadas con la mediación y la intervención social.
- Que sea miembro del pueblo gitano, ya que se empleará la metodología de *educación entre iguales*.



PROCESO DE FORMACIÓN.

A. Formación a los equipos de coordinación de zona.

Una vez realizada la selección de las zonas y la definición de las y los responsables por parte del sistema sanitario y de las asociaciones gitanas, se desarrollará un curso de formación intensivo de 30 horas de duración conjunto para todos los equipos de coordinación de zona. El contenido del curso girará en torno a las siguientes temáticas:

- Presentación de Equi-Sastipen.
- Desigualdad y equidad en salud.
- La situación de la salud en la comunidad gitana española.
- El sistema de salud en el Estado Español.
- Aspectos metodológicos de la promoción de la salud.
- Aspectos metodológicos del trabajo comunitario.
- Buenas prácticas de actuación en salud con la comunidad gitana.
- La mediación en salud.
- Manual metodológico de Equi-Sastipen.

En el curso se trabajarán también los criterios y las estrategias para la captación y selección de mediadores-as. Asimismo, se abordará cómo el equipo de coordinación puede apoyar la formación permanente y la supervisión de las personas mediadoras.

B. Formación a los mediadores y las mediadoras.

Tras la selección de las personas mediadoras se desarrollará también un curso de formación intensivo de 30 horas de duración. El contenido del curso girará en torno a las siguientes temáticas:

- Presentación de Equi-Sastipen.
- La situación de la salud en la comunidad gitana española.
- El sistema de salud en el Estado Español.
- Buenas prácticas de actuación en salud con la comunidad gitana.
- La mediación en salud:
 - Tipos de mediación.
 - El triángulo de la mediación.
 - Cualidades del mediador-a.
 - El proceso de la mediación.
 - Habilidades de comunicación.
 - El manejo del conflicto.
- Manual metodológico de Equi-Sastipen.

Además de este curso de formación previo, las personas mediadoras contarán con el apoyo de sus respectivos equipos de coordinación para su formación permanente.



PROCESO DE DESARROLLO ZONAL.

A. Creación de una comisión de salud.

La comisión será liderada por el equipo coordinador y en ella participará también la persona-s mediadora-s. Se fomentará que en la comisión participen otras personas de la asociación gitana, representantes de otras asociaciones y profesionales de diferentes recursos de la zona (centros sanitarios, centros educativos, servicios sociales, etc.). Su función es fundamental para el desarrollo del plan comunitario, ya que facilitará la realización de las siguientes fases (diagnóstico, diseño y desarrollo de actuaciones de promoción de la salud, etc.) de una manera interdisciplinar, interinstitucional e intercultural.

B. Realización de un diagnóstico inicial sobre la salud de la comunidad gitana de la zona.

Utilizando como base los datos aportados en la “Encuesta de salud a la comunidad gitana de España, 2006”, y a partir de análisis documental y de diferentes técnicas cualitativas, se analizará la situación específica de la población gitana en la zona. El análisis estará centrado fundamentalmente en los tres núcleos de interés referidos anteriormente: estilos de vida saludable, salud de la mujer y salud bucodental. El diagnóstico será realizado principalmente por el equipo coordinador y la persona-s mediadora-s, aunque se buscará permanentemente la colaboración de otros miembros de la comisión de salud.

C. Diseño y desarrollo del plan para la promoción de la salud en la comunidad gitana de la zona.

A partir del diagnóstico se diseñará un plan de actuaciones que permitan mejorar la situación de la comunidad gitana en los tres núcleos de interés definidos en el Proyecto (estilos de vida saludable, salud de la mujer y salud bucodental), así como incrementar la competencia intercultural del sistema sanitario en la zona. A modo de ejemplo podemos señalar algunas actividades que podrían desarrollarse:

- * Talleres de promoción de la salud adaptados culturalmente. Se priorizarán las siguientes temáticas: 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 para promover la aproximación de la población gitana a los recursos sanitarios. Se priorizará la aproximación a los siguientes tipos de recursos: revisiones ginecológicas y salud bucodental.
- * Asesoramiento a recursos sanitarios 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 sanitario de la zona, etc.

El diseño y la puesta en marcha de estas actuaciones será realizado principalmente por el equipo coordinador y la persona mediadora, aunque se buscará permanentemente la colaboración de la comisión de salud y especialmente del personal sanitario de los recursos de la zona.

D. Evaluación.

La evaluación posibilitará, además de extraer conclusiones que permitan analizar el grado de desarrollo y los resultados del plan, la realización de un nuevo diagnóstico de salud que fundamente los procesos, las estrategias y las temáticas para el desarrollo de planes futuros.

Lógicamente, en la evaluación participará también la comisión de salud de la zona.



PROCESO DE ASESORAMIENTO Y COORDINACIÓN.

Además del curso de formación presencial, se pondrá en marcha un sistema permanente de asesoramiento y refuerzo formativo adaptado a las necesidades particulares de cada equipo coordinador y de cada mediador-a. Asimismo, se aplicará un sistema de coordinación presencial, pero también *on-line*.

A. Manual metodológico.

Se ofrecerá a los equipos de zona un manual metodológico con una serie de pautas y herramientas para el desarrollo de cada una de las fases: creación de la comisión de zona, captación y selección de mediadores-as, diagnóstico, diseño y desarrollo del plan de zona y evaluación.

B. Asesoramiento y seguimiento presencial.

El equipo coordinador de Equi-Sastipen realizará visitas a las zonas para poder realizar asesoramiento y seguimiento presencial sobre el desarrollo de cada uno de los planes. Al menos se realizará una visita anual a cada zona y otras visitas de acuerdo a las necesidades.

C. Coordinación presencial.

La coordinación presencial se concretará en la celebración de dos encuentros de todos los equipos (mediadores-as y equipos de coordinación zonal). Uno de los encuentros coincidirá con la fase en la que estén diseñados los planes de cada zona, mientras que el otro será realizado una vez se tenga información sobre las evaluaciones de cada plan.

D. Asesoramiento y coordinación on-line.

Dispondremos de una plataforma virtual que, a partir de las diferentes herramientas de la web 2.0., nos permitirá intercambiar documentación, crear foros de debate, establecer vías de asesoramiento individualizado, etc.



PROCESO DE EVALUACIÓN.

A. Evaluación interna zonal.

En el manual metodológico cada equipo de zona contará con diferentes herramientas (indicadores, cuestionarios, fichas de registro, etc.) que le permitirán realizar la evaluación del proceso y de los resultados de su plan. Cada equipo debe enviar a la coordinación del Proyecto un informe mensual de seguimiento. Asimismo, enviará un informe más completo de evaluación intermedia y otro de evaluación final.

B. Evaluación global del Proyecto.

El equipo de coordinación de Equi-Sastipen realizará también un informe de evaluación intermedio y otro final, utilizando la siguientes fuentes de información:

- Informes zonales.
- Visitas a las zonas.
- Encuentros presenciales y *on-line* de coordinación.

Además, pondrá en marcha otras actuaciones complementarias para poder realizar una evaluación (de proceso y resultados) sobre el grado de cumplimiento de los objetivos del Proyecto. Para ello se podrán utilizar diferentes técnicas:

- Análisis de fuentes secundarias.
- Grupos de discusión.
- Entrevistas.

C. Evaluación del aprendizaje.

Uno de los objetivos de Equi-Sastipen consiste en extraer conclusiones que permitan avanzar hacia la consolidación de un modelo comunitario de promoción de la salud con la comunidad gitana. En este sentido, el informe final recogerá información sobre los distintos aprendizajes que se hayan realizado respecto a los factores clave para el diseño y desarrollo de buenas prácticas en el campo de la promoción de la salud con la comunidad gitana.



4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

NOMBRE	DEFINICIÓN	FUNCIONES
Grupo de Salud del Consejo Estatal Gitano	Grupo de trabajo compuesto por representantes del MSPSI, Asociaciones Gitanas y personas expertas designadas por el Consejo	Seguimiento de todo el proceso. Asesoramiento al equipo coordinador de <i>Equi - Sastipen</i>
Equipo coordinador de <i>Equi-Sastipen</i>	Compuesto por un técnico de IKUS y el Coordinador del Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano. Contará también con la participación de otros profesionales, especialmente para la formación y evaluación	Impulso de las distintas fases del proceso de preparación. Dirección técnica de los procesos de formación, asesoramiento, coordinación y evaluación
Equipo coordinador de zona	Compuesto por un técnico del sistema sanitario de la zona y uno de la Asociación Gitana que gestione <i>Equi-Sastipen</i> en la zona.	Liderazgo de la comisión de zona. Coordinación técnica del proceso de diseño, desarrollo y evaluación del plan de zona. Asesoramiento permanente al equipo de personas mediadoras de su zona
Mediador-a	Dependiendo de las características de la zona, se definirá el número de mediadores-as necesario.	Participación en el diseño y la evaluación del plan de zona. Desarrollo del plan de zona con el apoyo del Equipo Coordinador y la Comisión de Salud.
Comisión de salud de zona	La Comisión es liderada por el Equipo Coordinador de zona. En ella participan representantes de administraciones públicas y asociaciones de la zona.	Es un espacio para la participación interdisciplinar e interinstitucional en el diseño, desarrollo y evaluación del plan de zona.

5. CRONOGRAMA

	Preparación	Formación	Desarrollo zonal	Asesoramiento y coordinación	Evaluación
Mes 1					
Mes 2					
Mes 3					
Mes 4					
Mes 5					
Mes 6					
Mes 7					
Mes 8					
Mes 9					
Mes 10					
Mes 11					
Mes 12					
Mes 13					
Mes 14					
Mes 15					
Mes 16					
Mes 17					
Mes 18					
Mes 19					
Mes 20					

6. EQUIPO COORDINADOR DEL PROYECTO.

IKUS

- Javier Arza.
 - Formación académica
 - Master Oficial en Bienestar Social Universidad Pública de Navarra.
 - Master en Gestión y Dirección de la Calidad por la Universitat Oberta de Catalunya (UOC).
 - Especialización en diseño de materiales didácticos multimedia para entornos virtuales de aprendizaje. Universitat Oberta de Catalunya (UOC).
 - Diplomado en Trabajo Social por la Universidad Complutense de Madrid.
 - Experiencia académica e investigadora
 - Profesor del Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra.
 - Miembro del Grupo de Investigación Alter de la UPNA.
 - Proyectos de Investigación recientes:
 - Dirección de la asistencia técnica para la elaboración del Plan de Drogas de Navarra. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Años 2009-10.
 - Análisis encuesta del CIS a la población gitana española. MTAS. Año 2008.
 - II Plan de lucha contra la exclusión social. Gobierno de Navarra. Años 2007-08.
 - Experiencia profesional.
 - Miembro del Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, en calidad de experto.
 - Consultor de diferentes organizaciones públicas y del tercer sector. Desde el año 2000 hasta la actualidad.
 - Coordinador de programas en el Grupo GID (actual Fundación Atenea). Años 1993-1999.
 - Principales clientes:
 - Sector público: MSPSI, Departamentos de Salud y Asuntos Sociales de Navarra, Dirección de Drogodependencias Gobierno Vasco, FISCAM (Castilla-La Mancha), Plan Drogas Castilla León, Ayuntamiento de Pamplona (Navarra).
 - Tercer sector : Dianova Internacional, Dianova España, Gaz Kalo, UNGA, Fundación Secretariado Gitano, Fundación Atenea-Grupo GID, FAD, Askagintza, Red Navarra Contra la Pobreza.
 - Principales publicaciones
 - Arza, J. (coordinador) (2008). Comunidad gitana y salud. Madrid. Ministerio Sanidad. FSG.
 - Arza, J. et alt. (2008). Material didáctico sobre autoempleo e inserción laboral. Madrid. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. UMCTA.
 - Arza, J. (redactor (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 del Ministerio del Interior. Grupo GID.
 - Arza, J. y Carrón, J. (2005). Famired. Manual educación familiar. Madrid. FAD.
 - Arza, J. y Carrón, J. (2004). Manual sobre educación comunitaria. Madrid. FAD.
 - Arza, J. et alt. (2002). Redes para el tiempo libre. Manual puesta en marcha programa de intervención comunitaria ocio nocturno juvenil. Madrid. INJUVE.
 - Arza, J. (2002). Las drogas: princesas y dragones. Madrid. Eneida.
 - Arza, J. et alt. (2000). Manual sobre drogodependencias. Madrid. Ayuntamiento de Barcelona y FAD.