

Nota de campo

# Abogacía por la salud de la población gitana: capacitación de profesionales del Distrito Sanitario Sevilla



María Jesús Albar Marín <sup>a,\*</sup> y Daniela E. Miranda <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

<sup>b</sup> Departamento de Psicología Social, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 20 de mayo de 2019

Aceptado el 15 de julio de 2019

On-line el 22 de noviembre de 2019

### Palabras clave:

Abogacía  
Inequidades  
Roma  
Capacitación en servicio

## R E S U M E N

Se describe la experiencia de un taller cuyo objetivo fue capacitar a profesionales para abogar por la salud de la población gitana. La abogacía por la salud es recomendada por organismos internacionales y expertos en salud pública para superar las inequidades en salud. Participaron 16 profesionales de tres centros de salud de barrios con una alta densidad de población gitana, en riesgo de exclusión social. El taller se organizó en tres sesiones dirigidas a sensibilizar, dar a conocer el marco conceptual y metodológico de la abogacía, y diseñar un plan de abogacía. Se pone de manifiesto la utilidad de este espacio de reflexión y análisis, y la necesidad de abogar por la salud de la población gitana, junto a otros agentes gitanos/as y sectores comunitarios, identificando oportunidades y utilizando los recursos comunitarios. Futuras investigaciones deben profundizar en el desarrollo de planes de abogacía intersectoriales y difundirlos, para facilitar su implementación en otros contextos de características similares.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Advocacy for Roma health: in-service training of professionals from the Seville Health District

### A B S T R A C T

This article describes a workshop whose objective was to build Roma health advocacy capacity among a group of health professionals. Health advocacy is recommended by international organizations and public health experts to overcome the health inequities that Roma populations suffer. Sixteen professionals from three health centres located in neighbourhoods with a high Roma population participated. The workshop was organized in three sessions aimed at raising awareness, sharing an advocacy framework and methodology and designing an advocacy plan. We highlight the utility of spaces for reflection and analysis, the need to advocate for Roma health with Roma leaders and community sectors, identification of opportunities and utilization of community resources. Future research should strengthen the development of intersectoral advocacy plans, disseminate them and facilitate their implementation in other contexts with similar characteristics.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SESPAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

Advocacy  
Health inequities  
Roma  
In-service training

## Introducción

Las persistentes inequidades en salud en la población gitana y la evidencia de la influencia que ejercen los determinantes sociales obligan a redefinir el papel del profesional de la salud en la abogacía<sup>1</sup>. La abogacía por la salud se define como un intento organizado de cambiar las políticas, las prácticas o las actitudes, presentando evidencias y argumentos, para sustentar cómo y por qué debería suceder el cambio<sup>2</sup>. La Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup> y la Comisión Europea<sup>4</sup> identifican la abogacía por la salud como el medio para conseguir cambios en las políticas que reduzcan las inequidades, lo cual implica que el profesional trabaje desde

un marco de derechos humanos y adquiriera un compromiso político y de transformación que impulse cambios legislativos.

En la revisión de la literatura realizada por Farrer et al.<sup>5</sup> se señala el cometido que debe desempeñar la salud pública, en estrecha colaboración con organizaciones u otros sectores comunitarios, en la abogacía por la salud de las poblaciones más vulnerables. Aunque los programas de capacitación en abogacía han mostrado efectos positivos a corto plazo, son escasas las iniciativas llevadas a cabo en este sentido<sup>6</sup>.

A pesar de que la abogacía por la salud requiere la participación de diversos agentes vecinales, así como de profesionales de servicios públicos y políticos, la capacitación de profesionales de la salud se considera fundamental por la responsabilidad ética que tienen en defensa de la salud pública<sup>1</sup>. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia de un taller de capacitación en abogacía

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [mja@us.es](mailto:mja@us.es) (M.J. Albar Marín).

para profesionales de tres centros de salud de barrios con una alta densidad de población gitana en riesgo de exclusión social.

### Desarrollo de la experiencia

El taller fue diseñado por CESPYPD (Coalición para el Estudio de la Salud, el Poder y la Diversidad), grupo de investigación de la Universidad de Sevilla, junto con la organización comunitaria gitana FAKALI (Federación de Asociaciones de Mujeres Gitanas), en el marco del proyecto «A Multi-Level Advocacy Framework to Implement the NRIS' Health Component in at Risk Local Contexts in Sevilla», financiado por la Open Society Foundations. Se realizó con el apoyo de la Unidad de Formación Continuada del Distrito Sanitario Sevilla, y se celebró en sus aulas. Participaron 16 profesionales de los centros de salud Polígono Sur, Letanías, Torreblanca y Pino B, de Sevilla. La mayoría contaba con una experiencia laboral de más de 10 años.

El proceso de selección de participantes fue llevado a cabo por las direcciones de los centros, que siguieron las indicaciones de la organización del taller en cuanto a contar con representantes de distintos estamentos profesionales (pediatras, médicos de familia, trabajadores sociales, enfermeras, personal administrativo y matronas) y con experiencia superior a 1 año en la atención a población gitana.

Los objetivos específicos del taller eran: 1) sensibilizar sobre la necesidad de abogar por la salud de la población gitana y dar a conocer cómo hacerlo; 2) identificar, analizar y priorizar los problemas que afectan a la salud de la población gitana atendida en los centros; y 3) diseñar un plan de abogacía.

Después de la conferencia inaugural, los/las participantes de los distintos centros se distribuyeron en tres grupos de trabajo, dinamizados por dos organizadores del taller, que compartieron tres sesiones de 3 horas cada una. En la [figura 1](#) se muestran el contenido y el procedimiento seguido en cada una de las sesiones.

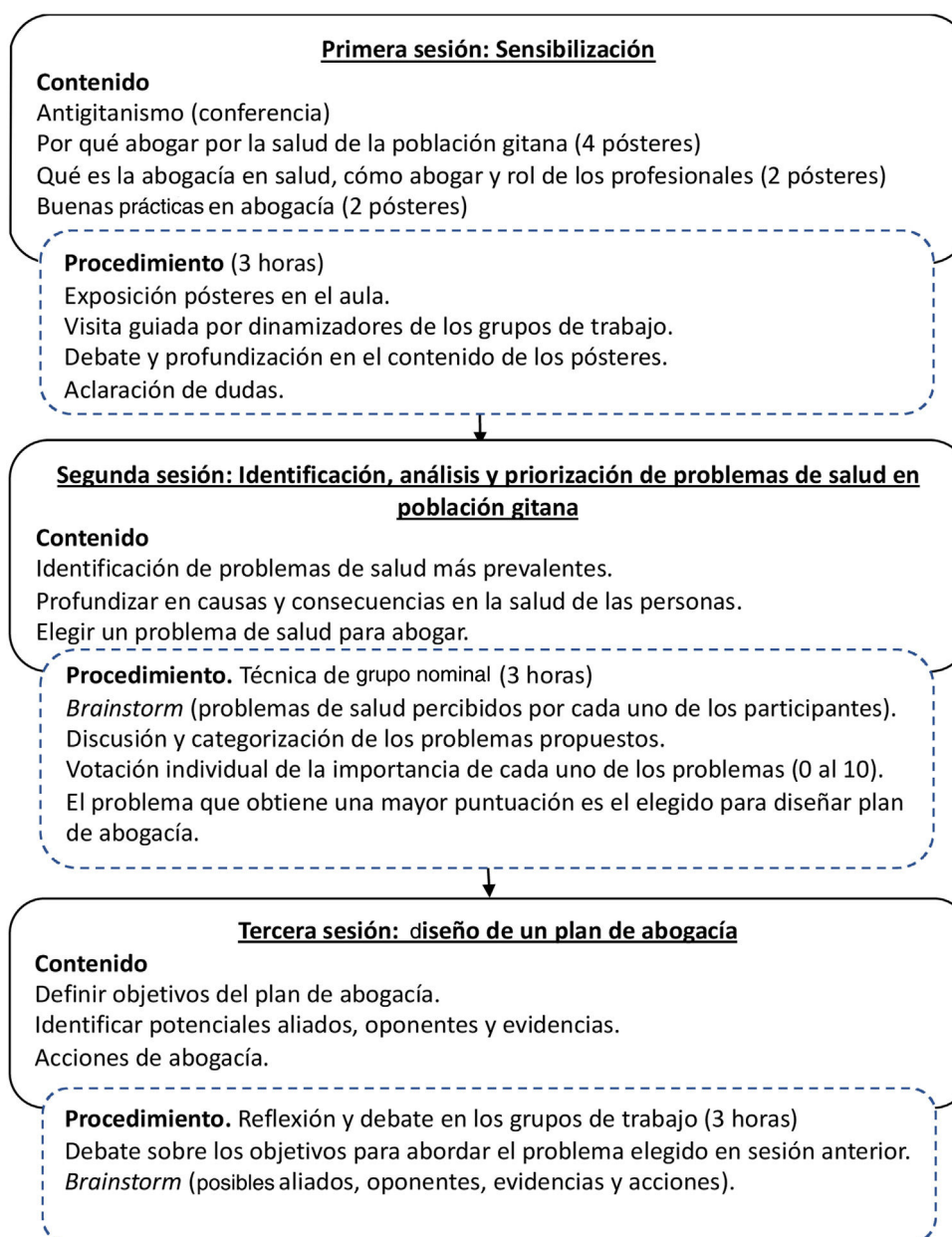


Figura 1. Proceso de capacitación en abogacía.

**Tabla 1**  
Segunda y tercera sesiones de los grupos de trabajo

Causas	Consecuencias en la salud	Objetivos	Aliados	Oponentes	Evidencias	Acciones
<i>Grupo de trabajo 1: Problemas de salud mental</i>						
-Tema tabú en la cultura gitana. -Escasa confianza en profesionales por su alta movilidad. -Falta de adaptación de servicios. -Barreras de acceso a servicios de salud mental. -Falta de sensibilidad y competencias de los profesionales para atender problemas de salud mental.	-Los problemas de salud mental son ignorados. -Alto consumo de ansiolíticos y antidepresivos.	- Disminuir la movilidad de profesionales. - Aumentar la sensibilidad y las competencias de profesionales para atender a población gitana.	-Organizaciones comunitarias. -Asociaciones de profesionales de otros servicios de salud, etc.	- Política de contratación del Servicio Andaluz de Salud. - Sindicatos.	- Firmas de apoyo del vecindario gitano para la permanencia de profesionales en los centros de salud.	-Promover incentivos para mantener plantilla estable en los centros de salud. -Organizar campañas para abogar por la salud mental de la población gitana (televisión, radio, periódico, redes sociales, etc.). -Capacitación de los profesionales para adaptar los servicios y prácticas.
<i>Grupo de trabajo 2: Problemas de salud dental infantil</i>						
- Hábitos nutricionales inadecuados. - Condiciones insalubres del hábitat. - Barreras de acceso a servicios de salud dental.	- Numerosas caries. - Pérdidas de piezas dentales, que afectan a su imagen corporal en la adolescencia.	- Ampliar la edad de cobertura de atención dental. - Ofertar comidas saludables para la población infantil.	-Organizaciones comunitarias. -Fundaciones privadas.	-Población no gitana. -Políticas públicas.	-Registro de problemas de salud dental en población infantil gitana.	-Presentar informe del registro de problemas de salud dental en el distrito sanitario, ayuntamiento, gobierno regional y medios de comunicación. -Realizar campañas de comidas saludables para la población infantil.
<i>Grupo de trabajo 3: Problemas de salud ambiental</i>						
- Ratas y otros animales. - Espacios públicos insalubres. - Infraviviendas. - Falta de servicios públicos (transporte, limpieza, etc.). - Consumo de drogas.	- Efectos psicológicos (ansiedad, inseguridad, depresión). - Accidentes infantiles. - Picaduras de insectos. - Mordeduras de ratas.	- Sensibilizar a las instituciones sobre la insalubridad ambiental y sus efectos en la salud.	- Plataforma de salud comunitaria. - Organizaciones y asociaciones comunitarias. - Servicios sociales. - Medios de comunicación. - Vecindario.	- Actitudes racistas. - Falta de interés de las instituciones. - Falta de trabajo intersectorial.	- Quejas del vecindario. - Registro de accidentes infantiles y de mordeduras de ratas y picaduras de insectos. - Fotografías y mapas que identifiquen las áreas más inseguras del barrio.	- Presentar evidencias en el distrito de salud, ayuntamiento, gobierno regional y medios de comunicación.

### Primera sesión

La primera sesión responde al primer objetivo específico del taller. Se inició con una conferencia sobre antigitanismo a cargo de una profesional de FAKALI y, posteriormente, los/las dinamizadores/as acompañaron a cada uno de los subgrupos en un recorrido por los pósteres expuestos en el aula. Cuatro pósteres recogían evidencias sobre antigitanismo y desigualdad social, políticas de salud en población gitana, narrativas de proveedores de servicios de salud hacia esta población<sup>7</sup>, resultados de la Encuesta Nacional de Salud en población gitana, y recomendaciones de expertos en salud pública en España para abogar por la salud de poblaciones en riesgo de exclusión social<sup>1</sup>. El marco conceptual y metodológico de la abogacía por la salud fue expuesto en dos pósteres<sup>4</sup>. Los dos restantes reflejaban buenas prácticas relacionadas con la gobernanza en salud y la evaluación del programa de salud sexual reproductiva del Polígono Sur<sup>8</sup>.

### Segunda sesión

Al comienzo de esta sesión se dio a conocer a los/las participantes la dinámica que se iba a seguir, mediante la técnica de grupo nominal recomendada en la literatura para facilitar la generación de ideas y el análisis de problemas<sup>9</sup>. Esta técnica permite alcanzar un consenso rápido sobre las cuestiones que se tratan, equilibrando

la participación entre los miembros del grupo e incorporando la votación numérica en el proceso de decisión.

### Tercera sesión

Después de haber seleccionado un problema de salud en la sesión anterior, los/las dinamizadores/as de los grupos piden a los/las participantes que diseñen un plan de abogacía, utilizando el marco conceptual y metodológico expuesto en dos pósteres.

En la [tabla 1](#) se resumen la segunda y la tercera sesiones de los grupos de trabajo.

### Reflexiones y recomendaciones para seguir avanzando

La capacitación de profesionales para abogar por la salud de la población gitana requiere tomar conciencia de las actitudes prejuiciosas que determinan las prácticas<sup>7</sup>, así como de la influencia de los determinantes sociales en las inequidades en salud. En este taller, proporcionar evidencias científicas sobre inequidades en salud en población gitana y analizar sus causas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud facilitó la reflexión y el debate entre profesionales sobre su papel en la defensa de los derechos a la salud de esta población.

A diferencia de otros abordajes para promover la equidad en salud, la capacitación en abogacía promueve el trabajo con agentes vecinales de etnia gitana y otros sectores comunitarios para

cambiar políticas en salud. En los planes de abogacía se pone de manifiesto esta necesidad de contar con el apoyo institucional y de otros sectores comunitarios para conseguir cambios en la atención sanitaria. Un ejemplo de esto puede verse en los planes de abogacía diseñados en los tres grupos de trabajo (tabla 1). Así mismo, supone una transformación de la función del profesional sanitario, que debe participar activamente en el cambio de prácticas y políticas, tanto dentro como fuera de su institución.

Por otra parte, la técnica de grupo nominal utilizada en los grupos de trabajo es idónea para optimizar el tiempo en este tipo de capacitaciones de profesionales, cuya disponibilidad horaria fuera de sus centros de trabajo es limitada. Además, propicia una participación igualitaria entre participantes de los grupos de trabajo.

Es necesario señalar que, para llevar a cabo los planes de abogacía, se capacitó también a cinco vecinos en cada uno de los barrios y se diseñaron acciones conjuntas que continúan implementándose. Es decir, adoptar la perspectiva de la abogacía por la salud requiere la capacitación de todas las personas implicadas. Una limitación de este trabajo es que aún no es posible aportar la evaluación del impacto de la capacitación en profesionales.

Finalmente, futuras investigaciones deben profundizar en el desarrollo de planes de abogacía intersectoriales y difundirlos, para facilitar su extrapolación a otros contextos de características similares.

#### Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

#### Contribuciones de autoría

M.J. Albar Marín lideró el diseño de la capacitación y redactó la versión original del manuscrito. D.E. Miranda participó en la preparación de los borradores del manuscrito y en el diseño de la capacitación como parte de su tesis doctoral.

#### Agradecimientos

A los/las profesionales y directores/as de los centros de salud Polígono Sur, Letanías, Torreblanca y Pino Montano B. En especial a Carlos González Álvarez, por su tiempo y apoyo continuo.

A la Unidad de Formación Continuada del Distrito Sanitario Sevilla y colaboradores de la capacitación Marta Escobar Ballesta, Emilio Vizarraga Trigueros, Sandra Heredia Fernández, José Vega de los Reyes, Antonia Espejo Jiménez, Inés Cerero Navarro, Ana Gutiérrez Martínez, Pablo Vidal Meca y Sergio Granados.

#### Financiación

Este estudio fue financiado por la Open Society Foundations Roma Initiatives Office en el marco del proyecto «A Multi-Level Advocacy Framework to Implement the NRIS' Health Component in at Risk Local Contexts in Sevilla» GRANT: OR2016-28551 (2016-2019).

#### Conflictos de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

1. Rojo EG, Álvarez-Dardet C, Fernández LA, Grupo de Trabajo de Salud Pública Orientada por los Determinantes Sociales de la Salud. Hacia una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud: informe de un taller. *Gac Sanit.* 2018;32:488–91.
2. Open Society Foundations. Introduction to successful advocacy. (Consultado el 12/1/18.) Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/guide-to-successful-advocacy-20100101.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Social justice and human rights as a framework for addressing social determinants of health. (Consultado el 28/1/18.) Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/334356/HR-task-report.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/334356/HR-task-report.pdf)
4. European Commission. Commission communication – solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. (Consultado el 14/2/18.) Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph.determinants/socio\\_economics/documents/com2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph.determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf)
5. Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, et al. Advocacy for health equity: a synthesis review. *Milbank Q.* 2015;93:392–437.
6. Cohen BE, Marshall SG. Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. *Health Soc Care Community.* 2017;25:309–28.
7. Briones-Vozmediano E, La Parra-Casado D, Vives-Cases C. Health providers' narratives on intimate partner violence against Roma women in Spain. *Am J Community Psychol.* 2018;61:411–20.
8. Escobar-Ballesta M, García-Ramírez M, Albar-Marín MJ, et al. Salud sexual y reproductiva en mujeres gitanas: el programa de planificación familiar del Polígono Sur. *Gac Sanit.* 2019;33:222–8.
9. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health.* 1972;62:337–42.