



1. Acerca de nosotras

En abril de 2001, comenzamos un proyecto para la mejora de la salud de las mujeres hispanas en Ottawa. El [Consejo de Salud de la Mujer de Ontario](#) proporcionó financiamiento por un período de dos años y medio, con el fin de comprender y demostrar cómo funciona este proyecto.

El trabajo se ha desarrollado a través de la participación de cuatro grupos asociados: un grupo latinoamericano de mujeres, [LAZO](#); un centro de salud comunitaria, el [Centro de Salud Comunitaria Centretown](#); un grupo de investigación de base comunitaria, [Gentium Consulting](#); y un grupo de investigación de base universitaria, la [Unidad de Investigación de Salud Comunitaria](#). Hemos utilizado un [enfoque de fortalecimiento de la capacidad](#) de la comunidad. Nos hemos concentrado en mejorar el acceso de la comunidad a la información y a los servicios para la detección del cáncer de mama y cérvico-uterino, comenzando por una minoría lingüística: La comunidad de mujeres hispanas de Ottawa.

Nuestro modelo combina dos enfoques: Por un lado, las promotoras de salud comunitaria son personas competentes quienes actúan como "puentes" entre mujeres hispanas aisladas y el sistema de salud público y de servicios de diagnóstico que deberían ser accesibles a todas las mujeres. Por otro lado, la comunidad de servicios de salud se prepara para acoger mejor la creciente demanda por parte de mujeres hispanas. Los grupos asociados y los(as) asesores(as) comunitarios(as) ayudan a identificar barreras, desarrollar estrategias y poner en práctica los conocimientos adquiridos.

¿Cómo comenzó el proyecto?

Al igual que muchas otras iniciativas comunitarias, **Mujer Sana - Comunidad Sana** nació a partir de la combinación de necesidades comunitarias, buenas ideas, experiencia organizativa, individuos motivados, y acceso a financiamiento. De alguna manera, la "fecha de inicio" se produjo muchos años antes de que el [Consejo de Salud de la Mujer de Ontario](#) se prestara generosamente al financiamiento de la fase piloto del proyecto.

Un grupo voluntario de mujeres hispanas, [LAZO](#) comenzó a trabajar en 1992 en el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad en temas de salud. A lo largo de ocho años, LAZO desarrolló fuertes vínculos con un centro de salud comunitario situado en el centro urbano de Ottawa: el [Centro de Salud Comunitario Centretown \(CCHC\)](#). Las actividades y programas de LAZO durante los últimos cinco años sentaron las bases para centrarse en el modelo de promotora de salud comunitaria. El Consejo de Salud de la Mujer de Ontario pidió propuestas para demostrar la manera de hacer llegar a mujeres en situación marginal el mensaje de la detección temprana de cáncer. Una de las madrinas de LAZO, que trabaja como investigadora comunitaria en la [Consultoría Gentium](#) se prestó voluntaria para ayudar al grupo a desarrollar una propuesta de investigación para este proyecto. Como la Consultoría Gentium y la [Unidad de Investigación de Salud Comunitaria CHRU](#) también habían colaborado juntas en el pasado, la CHRU pasó a colaborar como cuarto grupo participante en el proyecto.



¿Cuál es el enfoque del proyecto?

El proyecto Mujer Sana - Comunidad Sana está enfocado en la detección de cáncer de mama y cérvico-uterino en un contexto más amplio que engloba la salud femenina, la familia, y toda la comunidad. Las líderes comunitarias entrenadas se convierten en promotoras de salud comunitarias e investigadoras participativas. Se dirigen a mujeres hispanas aisladas para proporcionarles educación en temas de salud, y



para aprender a comprender mejor las necesidades de la comunidad. También se dirigen a organizaciones proveedoras de servicios para ayudarlas a mejorar sus servicios hacia las comunidades de minorías.

Una esfera más amplia de la comunidad también participa en Mujer Sana - Comunidad Sana a través de un [Comité Asesor](#), con profesionales de la salud; organizaciones de detección de cáncer; organismos públicos de salud; expertos(as) en investigación sobre la mujer; dos universidades; una escuela comunitaria de enseñanzas superiores; organizaciones de integración de inmigrantes; y otros grupos de minorías étnico-culturales.

El proyecto de demostración estudió la utilidad que supone adaptar una completa [promoción de salud comunitaria](#), y el [fortalecimiento de la capacidad de la comunidad](#), similar al modelo utilizado con poblaciones desfavorecidas, rurales o desprovistas de seguro médico en otras regiones (Estados Unidos, América Latina), a las condiciones específicas de una gran ciudad canadiense. Una vez finalizada la fase piloto, esperamos poder continuar algunas de nuestras actividades con la comunidad hispana. También estamos transfiriendo nuestros conocimientos y técnicas para ayudar a que otras comunidades de minorías étnicas se enfrenten a problemáticas de salud desde la perspectiva de un modelo similar.

Grupos asociados

LAZO

LAZO significa vínculo, cuerda, unión, como en "estrechar los lazos de la amistad". Simboliza a la comunidad latinoamericana manteniéndose unida, y a la vez nos dirigimos a otras mujeres de América Latina y construimos lazos con los servicios y organizaciones existentes.

La Organización de Apoyo a la Mujer Latinoamericana (LAZO) se formó en 1992 con personas voluntarias que querían distribuir información, proporcionar servicios de apoyo, y ayudar a crear puentes entre los servicios sociales convencionales y la comunidad hispanohablante de la región Ottawa-Carleton. En 1995, LAZO comenzó un pequeño programa de promoción de salud enfocado a la prevención del cáncer de mama y del VIH/SIDA. En 1996 el programa de Acceso a los Servicios Sociales y de Salud para la Mujer Latinoamericana comenzó a vincular mujeres hispanas con los servicios existentes en el área. Al año siguiente, las diez nuevas líderes de LAZO fueron formadas para ayudar a construir y fortalecer la comunidad de mujeres hispanohablantes. Los tres programas obtuvieron financiamiento de la municipalidad a través del programa *Health Grants* (Ayudas para Proyectos de Salud). LAZO también lleva a cabo un programa de formación de "apoyo a la compañera" para mujeres hispanohablantes víctimas de violencia doméstica.

[Contacte con LAZO](#) para comunicarse con nosotras o para involucrarse en el grupo. Aprenda más sobre nuestro grupo en el contexto de [Las mujeres Latinas se organizan](#).

Centro de Salud comunitario Centretown

El Centro de Salud comunitaria Centretown (CCHC) es una agencia sin fines de lucro que ofrece una variedad de servicios dirigidos fundamentalmente a los(as) residentes de los tres barrios residenciales del centro urbano de Ottawa: Centretown, Glebe y Ottawa Sur. El CCHC comenzó en 1969 como una pequeña clínica de acogida y sin cita previa, y se registró legalmente como Centro de Salud comunitaria en 1974. Hoy en día, el CCHC tiene más de 90 personas empleadas, incluyendo doctores(as), enfermeros(as), enfermeros(as) practicantes, promotores(as) de salud, trabajadores(as) sociales, trabajadores(as) en difusión de programas, y otros. Los servicios que ofrece el CCHC incluyen asistencia médica, terapia individual y de grupo, grupos de apoyo social, consejo nutricional, educación en salud y grupos informativos, trabajo de desarrollo comunitario, servicios para la infancia y familias, y servicios para personas sin vivienda. También se ofrecen programas regionales, como LESA (*Lifestyle Enrichment Senior Adults*, Enriquecimiento del estilo de vida de las personas mayores), y el Programa Regional de *Good Food Box*. El CCHC ha gestionado muchos proyectos y ayudas comunitarias - tanto de pequeño como de gran alcance. Actualmente, el CCHC gestiona y coordina el Proyecto de Diabetes de alcance a toda la región - un trabajo conjunto con la Asociación Canadiense de Diabetes, dos hospitales locales y la Coalición de Centros de Salud y de Recursos comunitarios. Así mismo,



CCHC es un participante administrativo en la cooperativa de lavanderías del vecindario. Desde 1995 el CCHC ha colaborado con LAZO en este trabajo de base comunitaria con las mujeres hispanas de Ottawa.

El CCHC está financiado principalmente por el Ministerio de Salud de Ontario, y gobernado por un Consejo Directivo formado por voluntarios(as) que son profesionales del centro.

El CCHC está situado en el 420 de la calle Cooper, en el centro urbano de Ottawa. Nos puede llamar al 233-4443 para obtener más información sobre nuestros programas y servicios, o visitar nuestra página Web: <http://www.centretownchc.org>.

Consultoría Gentium

Muy a menudo nos preguntan: ¿Qué significa Gentium? Gentium quiere decir: "de la gente". La Consultoría Gentium es una firma de investigación y formación multilingüe, comprometida en la promoción de los derechos de igualdad y de justicia social. Proveemos un enfoque centrado en el cliente en nuestro trabajo de análisis de políticas e investigación social. Gentium se ha especializado en trabajar con organizaciones de base comunitaria y grupos que luchan por la justicia social, así como con todos los niveles de gobierno que tengan alguna responsabilidad en el bienestar social y la salud pública. Gentium ha llevado a cabo numerosos estudios que se concentran en temas de salud identificando barreras de acceso y estudiando estrategias efectivas para mejorar la accesibilidad a los servicios. Proveemos apoyo de forma continua en investigación cualitativa para la Unidad de Investigación de Salud Comunitaria (CHRU). También colaboramos con grupos comunitarios y organizaciones del sector público en la investigación social con metodologías cualitativas y cuantitativas, así como en la evaluación de programas. Al trabajar con grupos que luchan por la justicia social hemos desarrollado indicadores e instrumentos de monitoreo para medir los procesos de cambio institucional y organizacional a lo largo del tiempo.

Gentium también ha desarrollado materiales y programas de formación, y cursos de nivel universitario y de estudios técnicos, aplicando principios pedagógicos participativos y de enseñanza para adultos(as). *Teach Me To Thunder - A Training Manual for Anti-racism Trainers* (Enséñame a tronar - un manual de formación para entrenadores en el Antirracismo), incluye más de treinta planes de lecciones, numerosos apuntes para el/la alumno(a), y láminas para proyector.

Las investigadoras principales, Alma Estable, MSW (Maestría en Trabajo Social), y Mechthild Meyer, MEd (Maestría en Educación), han trabajado juntas desde 1988, proporcionando estabilidad, consistencia y liderazgo a un dedicado grupo de investigadores(as) y formadores(as) multilingües asociados(as).

Si quiere aprender más sobre la Consultoría Gentium, nuestra página Web es <http://www3.sympatico.ca/gentium>, o mandarnos un correo electrónico gentium@sympatico.ca.

La Unidad de Investigación de Salud Comunitaria (CHRU)

La Unidad de Investigación de Salud Comunitaria (CHRU) es una unidad de investigación ligada al sistema de salud, financiada por el Ministerio de Salud de Ontario, y co-patrocinada por la Universidad de Ottawa (Departamento de Epidemiología y Medicina Comunitaria, y la Escuela de Enfermería) y por el antiguo Departamento de Salud de Ottawa-Carleton, lo que ahora se denomina Servicios al Ciudadano de la Municipalidad de Ottawa. Desde 1989 la Unidad de Investigación ha trabajado como un trabajo conjunto entre el Departamento de Salud y la Universidad de Ottawa para: (1) desarrollar nuevos conocimientos en prácticas de salud públicas efectivas en las áreas de: fortalecimiento de la capacidad de auto-prevención y acción; construir ambientes de apoyo; y la interacción de estas áreas; (2) fortalecer la base científica para la práctica de la salud pública a través de promoción y apoyo de la práctica médica basada en evidencias; y (3), promover la investigación transdisciplinaria y crear vínculos fuertes y recíprocos entre profesionales de la salud e investigadores(as) de las comunidades de promoción de la salud y de salud pública. Los(as) investigadores(as) de la CHRU proceden de la Universidad y de la Municipalidad de Ottawa, y trabajan juntos(as) en conjunto con el rigor académico y la aplicación práctica en su trabajo. Los(as) investigadores(as) de la CHRU han trabajado en áreas como la capacitación comunitaria y la salud



multicultural durante muchos años. Esta experiencia, combinada con la práctica de investigación con métodos cuantitativos, cualitativos y participativos, ha permitido que la CHRU haya realizado grandes contribuciones a este proyecto.

Para más información acerca de la CHRU, nuestra página Web es:
<http://www.uottawa.ca/academic/med/epid/chru.html>

2. Aprendiendo de este proyecto

Esperamos que nuestra página Web pueda alcanzar a una gran variedad de personas. Esta página está publicada en [inglés](#) y en español, con el fin de asegurar que [nuestras comunidades](#) puedan nutrirse y beneficiarse de las experiencias de este proyecto.

También queremos que [los proveedores de servicios](#) aprendan cómo dar servicios más accesibles para personas de diferentes orígenes lingüísticos y étnico-raciales.

Los(as) [Educadores\(as\) o formadores\(as\)](#) interesados(as) en implementar cursos de promoción de salud comunitaria y/o de investigación participativa podrán encontrar útiles [las secciones relativas al componente de formación](#).

Los(as) [líderes y activistas de la comunidad](#) podrán beneficiarse de las secciones relativas [al alcance a la comunidad](#) y al fortalecimiento de la capacidad de la comunidad.

Si usted es un(a) [investigador\(a\)](#), le podrían interesar algunas de nuestras experiencias implementando [un método de investigación participativa de acción](#). Muchas de las herramientas de investigación están tanto en inglés como en español, y algunos de los artículos publicados sobre este proyecto están incluidos en [la sección de recursos](#).

¿Cuál es el propósito de esta página Web?

- Informarle sobre cómo hemos planificado, implementado y evaluado el [proyecto Mujer Sana - Comunidad Sana](#).
- Permitirle leer sobre este proyecto de investigación participativa de acción en inglés o en español.
- Describir nuestro [modelo de promoción de salud comunitaria](#) y la [estructura del proyecto](#).
- Describir cómo hemos fortalecido la capacidad de la comunidad: [las mujeres Latinas se organizan](#).
- Ilustrar cómo las [promotoras de salud comunitarias](#) han trabajado con mujeres de la comunidad: [Relatos](#).
- Describir los principales [marcos conceptuales](#) en los que se basó el modelo.
- Compartir algunas de las herramientas que hemos utilizado para llevar a cabo este proyecto: [recursos](#).
- Compartir lo que hemos aprendido, los [resultados clave](#) y los [recursos](#) desarrollados para este proyecto.
- Describir los momentos decisivos y los eventos que contribuyeron al éxito de este proyecto: [cronología del proyecto](#).
- Transferir conocimientos a otras comunidades: [resultados clave](#).



Mujeres hispanas

Si usted es una mujer de habla hispana que vive en Ottawa, podría querer saber más sobre [LAZO](#).

Las actividades que LAZO tiene programadas en el futuro se encuentran listadas en la sección [¿Qué hay de nuevo?](#), cuya información se actualiza con frecuencia.

¿Quiere involucrarse? Llame al 233-4443 o escríbanos a: lazo@mujersana.ca.

Quiere saber qué hicimos para ponernos en contacto con nuestra comunidad? Vea la [cronología del proyecto](#) y [las mujeres Latinas se organizan](#).

¿Quiere saber lo que hemos descubierto con este proyecto? Los [resultados clave](#) le explicarán las conclusiones de la investigación, qué funcionó y qué no salió tan bien.

¿Quiere saber cómo han ayudado las promotoras de salud comunitarias a otras mujeres? Lea sus [Relatos](#).

La comunidad hispana

Si usted pertenece a la comunidad hispano-canadiense, puede que le interese saber cómo comenzamos este proyecto. Vea la [cronología del proyecto](#).

Para información sobre la comunidad hispana en Ottawa, dirjase a la sección [las mujeres Latinas se organizan](#).

Para leer los resultados de la investigación, y qué haríamos de manera distinta la próxima vez, los [Resultados clave](#).

Gerentes de programas o proveedores de servicios

¿Con qué eficacia está sirviendo su organización actualmente a las personas de minorías étnico-culturales?

¿Está tratando de mejorar la receptividad de su programa y la manera de llegar a la comunidad? Permítanos compartir nuestras experiencias e ideas sobre el fortalecimiento de la capacidad de una organización. Quizá quiera leer sobre el [estudio de casos](#) e informarse sobre lo que sucedió en el centro de salud comunitario que albergó este proyecto.

¿Trabaja usted en una agencia enfocada a la comunidad inmigrante y es consciente de la necesidad de enfrentar la problemática de la salud de la mujer y otras necesidades de la comunidad? Le sugerimos que examine el modelo de [promoción de salud comunitaria](#) descrito en el [Proyecto Mujer Sana - Comunidad Sana](#) ya que puede servir para su organización.

¿Está buscando un nuevo modo de abordar la educación de salud comunitaria? Quizá le interese saber algo más acerca del método de [investigación participativa de acción](#) con el que hemos trabajado satisfactoriamente.

¿Busca involucrar a la comunidad en el proceso de determinar el modo en que su organización pueda suplir sus necesidades? ¡Nosotras tratamos de hacer lo mismo! Averigüe de qué modo en la sección [actividades de promoción de la salud y maneras de alcanzar a la comunidad](#) y en la sección [involucrando a la comunidad](#).



Activistas comunitarios, líderes y defensores de causas sociales

¿Esta involucrado(a) como voluntario(a) con una comunidad de minoría étnico-cultural? ¿Está comprometido(a) a trabajar en la lucha por la justicia social, la igualdad de acceso y el cambio social? ¿Está entre los(as) que cree que podemos hacer de nuestra sociedad diversificada una sociedad más igualitaria? ¡Nosotras también! En el modelo de proyecto encontrará ideas y estrategias enfocadas en el [fortalecimiento de la capacidad de la comunidad](#) y [actividades de promoción de la salud y maneras de alcanzar a la comunidad](#), las cuales pueden ser adaptadas a su propia comunidad. En estas secciones encontrará información sobre algunos de los métodos con que nos dirigimos a la comunidad, y que funcionaron con éxito. Así mismo, es posible que encuentre interesante cómo hemos tratado de [vincular la investigación a la práctica](#); igualmente, la [cronología del proyecto](#) explica el desarrollo del proyecto a lo largo del tiempo.

Educadores(as) o formadores(as)

Si usted es un(a) educador(a) de adultos, y especialmente si está trabajando para comunidades de recién llegados e inmigrantes, podrá encontrar útil la [sección de formación](#). En esta sección se describe cómo desarrollamos y llevamos a cabo un curso bilingüe (inglés y español) para líderes de la comunidad con una variedad de niveles educativos y habilidades académicas. Encontrará un [currículo de formación detallado](#) con los objetivos marcados para cada sesión, sugerencias de recursos, trabajos, y [material de referencia](#). Como este curso se ofreció equiparándolo al nivel de un curso universitario y de una certificación de un colegio de estudios técnicos comunitario, quizá le interese el proceso de acreditación. En este caso, diríjase a la sección de [evaluación de la formación](#).

Investigadores(as)

¿Le interesa la [investigación participativa](#), la investigación de acción y la investigación de base comunitaria? Nos gustaría compartir nuestras experiencias y nuestro aprendizaje en estas áreas, tal y como las describimos en la sección de [vincular la investigación a la práctica](#). Como Mujer Sana - Comunidad Sana es un proyecto en demostración, la investigación es una parte integral del trabajo que todas hacemos. La sección referente a los [marcos conceptuales](#) describe nuestros marcos teóricos y nuestro enfoque metodológico. Los [resultados clave](#) ofrecen un resumen de las conclusiones de la investigación. Muchos de los instrumentos de recolección de datos que hemos utilizado están listados en la [sección de recursos](#). Las promotoras de salud comunitarias también se formaron y trabajaron como investigadoras participativas, tal y como se describe en la sección de [formando líderes comunitarias](#). Ellas comparten sus experiencias combinando la promoción de salud comunitaria con la investigación participativa en la sección de [Relatos](#).

3. Mujer Sana - Comunidad Sana/Healthy Women - Healthy Communities

Mujer Sana - Comunidad Sana/Healthy Women - Healthy Communities es un proyecto piloto de investigación con una duración de 2 años y medio.

El propósito del proyecto es evaluar e implementar un modelo íntegro de [promoción de salud comunitaria](#), [investigación participativa de acción](#), y [fortalecimiento de la capacidad de la comunidad](#) para mejorar las prácticas de detección temprana de cáncer en la comunidad de mujeres hispanohablantes de Ottawa. El modelo se basa en programas similares que han tenido éxito en poblaciones desfavorecidas de América Latina, Estados Unidos, y otros países. El proyecto se diseñó para probar el modelo en un entorno urbano canadiense, y para explorar su posible transferencia a otras comunidades de minorías étnico-raciales

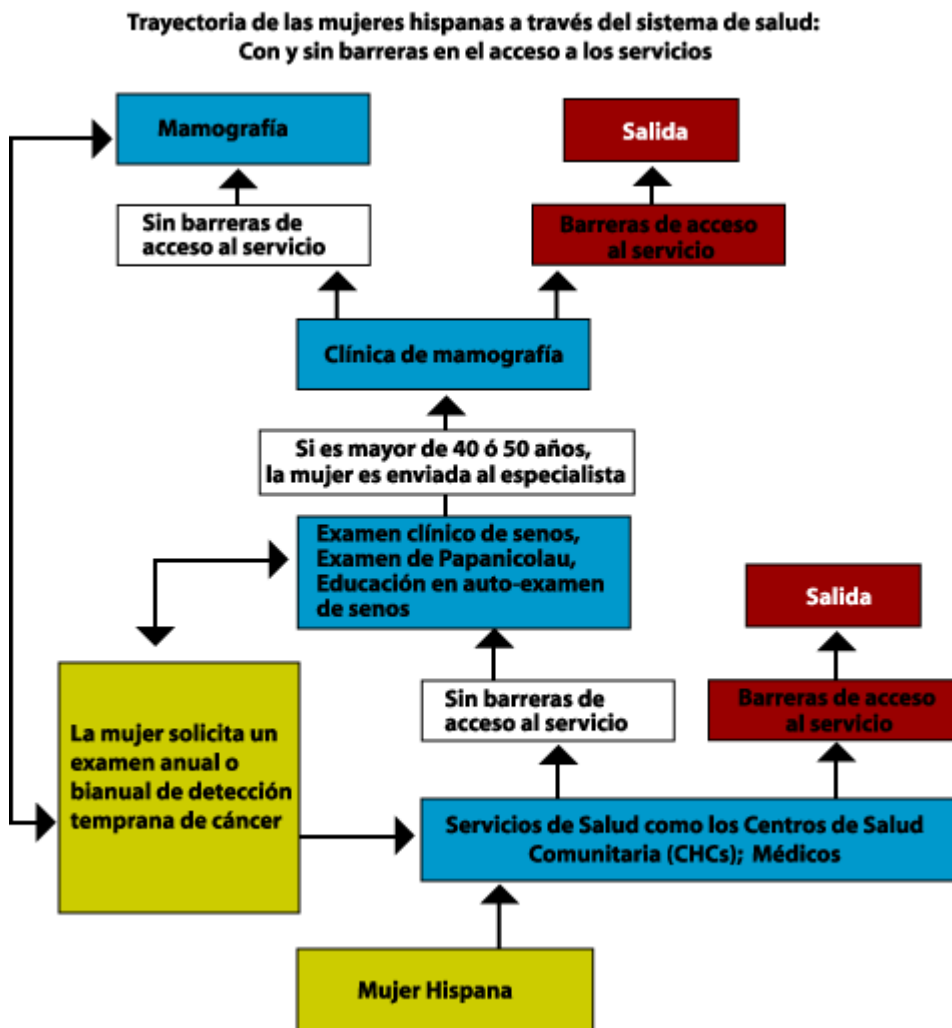


en situación marginal. También quisimos averiguar si este modelo puede integrarse a las prácticas y políticas de promoción de salud actuales.

a. Metas del proyecto

- Ensayar un modelo participativo e innovador que proporcione a mujeres de minorías étnico-raciales un mejor acceso a información sobre cáncer, su detección temprana, y prácticas de salud preventivas al respecto, comenzando por una comunidad minoritaria (la hispana) en un área urbana determinada (la de Ottawa).
- Fortalecer la capacidad de las mujeres hispanas para participar en su propia práctica de salud preventiva.
- Aumentar la capacidad de las organizaciones para proporcionar servicios de detección temprana de cáncer a las mujeres de minorías étnico-raciales.
- Transferir de forma activa a otras mujeres de minorías étnico-raciales el aprendizaje adquirido para mejorar su práctica de detección temprana de cáncer.

b. El porqué del enfoque en la detección temprana de cáncer



El informe publicado recientemente por el [Consejo de Salud de la Mujer de Ontario \(OWHC\)](#) sobre el estado de salud de la mujer en Canadá confirma que las mujeres de minorías no participan en el mismo grado que



las mujeres “canadienses” en exámenes de detección temprana de cáncer (OWHC, 2002). Este informe indicó como una de las grandes barreras para las mujeres inmigrantes la falta de información sobre los exámenes en sus lenguas maternas, así como la incapacidad de comunicarse con los proveedores de servicios.

El acceso igualitario a los servicios es uno de los pilares del sistema de salud pública de Canadá. Hemos querido probar un modelo que mejore el acceso a la información y servicios de salud dentro de ese sistema. También esperamos que este modelo pueda resultar de utilidad para otras mujeres de minorías, y que pueda al mismo tiempo adaptarse a otras problemáticas de salud.

Diríjase a [historia del proyecto](#) para obtener una descripción más detallada de las bases de este proyecto, donde también se incluyen referencias.

c. Marco conceptual

¿Qué es un marco conceptual?

Hay muchos modos de definir un marco conceptual, algunas definiciones son las siguientes:

- Una serie de ideas o conceptos coherentes organizados de tal manera que sean fáciles de comunicar a los demás.
- Una manera organizada de pensar en el cómo y el porqué de la realización de un proyecto, y en cómo entendemos sus actividades.
- La base de pensamiento sobre lo que hacemos y lo que ello significa, con la influencia de otras ideas e investigaciones.
- Una visión de conjunto de las ideas y las prácticas que conforman el modo en que se lleva a cabo el trabajo de un proyecto.
- Una serie de suposiciones, valores, y definiciones que todo el equipo adopta para un trabajo conjunto.

¿Por qué necesitamos un marco conceptual en el trabajo de investigación?

El marco conceptual nos ayuda a explicar por qué estamos llevando a cabo un proyecto de una manera determinada. También nos ayuda a comprender y a utilizar las ideas de otras personas que han hecho trabajos similares.

Podemos utilizar un marco conceptual como un mapa de viaje. Somos capaces de interpretar un mapa porque otras personas han inventado símbolos comunes que marcan calles, lagos, carreteras, ciudades, montañas, ríos, etc. La escala del mapa nos indica la distancia real entre diferentes puntos, para que nos podamos hacer una idea de lo que tardaríamos en desplazarnos de un lugar a otro. El mapa también nos muestra las diferentes trayectorias que existen para llegar al mismo punto.

El marco conceptual nos ayuda a decidir y a explicar el camino que hemos decidido tomar: por qué hemos escogido ciertos métodos y no otros para llegar a un punto determinado. Puede que haya personas que hayan tomado trayectorias similares y hayan tenido experiencias diferentes usando una u otra vía. También es posible que existan trayectorias que nunca han sido exploradas. Con un marco conceptual podemos explicar por qué hemos intentado seguir esta vía o esta otra, basándonos en las experiencias de los demás, y en lo que a nosotras nos gustaría explorar o descubrir.



Marco conceptual de Mujer Sana - Comunidad Sana

Podemos describir el proyecto Mujer Sana Comunidad Sana como un programa de promoción de salud de múltiples intervenciones que aplica enfoques teóricos interconectados para comprender cambios a varios niveles

Los Programas de Intervención Múltiple (PIM - MIP Multiple Intervention Program) conllevan un complejo proceso de establecimiento y mantenimiento de partnerships múltiples y estrategias diversas a varios niveles. Los PIM se centran en intervenciones de promoción de salud más allá del comportamiento individual, y analizan interdependencias entre factores socioeconómicos, culturales, políticos, medioambientales, psicológicos y biológicos determinantes de los estados de salud y enfermedad. Pueden conducir a cambios en actitudes, comportamientos, y capacidad colectiva. Un Programa de Intervención Múltiple es más eficaz cuando está enfocado simultáneamente a niveles individuales y comunitarios.¹

Como proyecto de demostración, quisimos dirigir las actividades del programa y anticipar los cambios a tres niveles simultáneamente:

- Individual: la mujer hispana
- Organizacional: Centro de Salud Comunitaria
- Comunitario: La población hispana; otros grupos de minorías étnico-raciales; la comunidad de proveedores de servicios de salud.

Estudiamos teorías y enfoques que pudieran ayudarnos a comprender cómo y de qué manera funcionan los diferentes tipos de intervenciones para alcanzar las metas propuestas en el proyecto. También quisimos encontrar una lógica y una explicación a los diferentes cambios que fueran ocurriendo como consecuencia de las actividades programadas.

Cuando comenzamos a pensar en este proyecto, estuvimos trabajando con cuatro enfoques interconectados entre sí. Estos cuatro enfoques guiaron el camino que hemos seguido para conceptualizar el diseño de investigación y el programa deseado:

- [Promoción de la Salud Comunitaria](#)
- [Investigación Participativa de Acción](#)
- [Fortalecimiento de la Capacidad de la Comunidad](#)
- [Modelo Transteórico](#)

Además de lo anterior, nos comprometimos a aplicar principios del [feminismo y del antirracismo](#) a lo largo de todo el marco conceptual.

Promoción de la Salud Comunitaria

La promoción de la salud comunitaria no es un concepto nuevo. En todo el mundo las personas se ayudan las unas a las otras para mantenerse sanas. Las familias, los amigos, y los vecinos comparten información sobre lo que hay que hacer cuando alguien está enfermo(a); cómo evitar la enfermedad; o a dónde dirigirse a buscar ayuda en situaciones de emergencia. Los(as) practicantes “no profesionales”, sin educación formal en la materia (lay people), a quienes los demás se dirigen muy a menudo cuando necesitan consejo, asistencia o apoyo pueden describirse como “ayudantes naturales” o “de apoyo a la compañera o el compañero”. Estos miembros de la comunidad son muy respetados(as), se confía en ellos(as), son compasivos(as) y receptores(as) de las necesidades de los(as) demás. Su papel es especialmente importante en comunidades que están en situación marginal, y que encuentran barreras en el acceso a la información, asistencia o apoyo. De este modo, las intervenciones “no profesionales” de promoción de salud comunitaria intentan fortalecer capacitación a partir de estas estructuras informales de ayuda en la comunidad. El principio detrás de la promoción de salud comunitaria con practicantes “no profesionales” se basa en el hecho de que la salud se puede mejorar identificando, formando, y apoyando a estos(as) ayudantes naturales. En contraste con promotores(as) de salud profesionales, doctores, o enfermeros(as) con una educación formal, las Promotoras



de Salud Comunitarias “no profesionales” son elegidas por su papel y habilidades como “ayudantes naturales” y líderes de sus propias comunidades.

Estos proyectos de promoción de salud comunitaria con practicantes sin educación formal existen en todo el mundo, incluidas América Latina, África y Estados Unidos, donde viven millones de personas sin acceso a la asistencia médica. Dichos proyectos a menudo se dirigen a grupos con pocos recursos económicos, a recién llegados, y a grupos que están en situaciones marginales. Los(as) “ayudantes naturales” que comparten su lengua, sus creencias, o las características sociales o culturales propias de una comunidad minoritaria a menudo ejercen el papel de “mediadores(as) culturales”. Estas personas representan el puente entre las poblaciones marginales y los sistemas formales de salud. ^{2, 3, 4} La formación y el apoyo a estas “ayudantes naturales” les empodera y, como “Promotoras de Salud Comunitaria”, se vuelven más capaces de ayudar a personas aisladas para que desarrollen redes sociales. Negocian servicios para las personas en estado de necesidad y organizan a grupos comunitarios para mejorar los servicios.

En Canadá, proporcionan un método culturalmente apropiado de promoción de la salud que complementa, pero no reemplaza la promoción convencional de la salud ni la medicina

Investigación Participativa de Acción

La investigación participativa enfatiza valorar el conocimiento de las personas de su propia situación, y asume que las personas adultas son capaces de aprender, cambiar y actuar para transformar su propia realidad. La Investigación Participativa de Acción (IPA PAR Participatory Action Research) también trata de mejorar las vidas de aquellas personas que están involucradas en el proceso de investigación. ⁵ Un educador muy conocido con este tipo de enfoque es Paulo Freire,⁶ quien hizo hincapié en la importancia de proveer a las comunidades con las herramientas necesarias para hacer posible un cambio social. La Investigación Participativa de Acción se utiliza extensamente en América Latina para capacitar a comunidades privadas de sus derechos y apoyarlas en sus esfuerzos de conseguir cambios sociales. ^{7, 8, 9, 10, 11} Muchas investigadoras feministas también han optado por los métodos de investigación participativa, que se guían por principios de equidad consistentes con el feminismo. ¹² En la IPA, el bienestar de los participantes está por encima del proceso de investigación y los(as) investigadores(as) son responsables de asegurar dicho bienestar. Por ejemplo, si en una entrevista salen a la luz problemas que requieren un seguimiento en términos de los recursos que se necesitan, o si se manifiesta una crisis emocional en el/la participante, el/la investigador(a) deberá proveer información y referir al/a la participante a los servicios adecuados, o mostrar el apoyo necesario. ^{13, 14}

El proyecto Mujer Sana - Comunidad Sana utiliza un marco de investigación participativa de acción de “promoción de la salud para un cambio social”. Como en la mayoría de los proyectos que utilizan un enfoque de IPA, hemos aplicado métodos de investigación mixtos que tomen en cuenta cuestiones de interés para los(as) diferentes participantes del proyecto. La comunidad ha estado involucrada en todos los aspectos, incluyendo los procesos de diseño, recolección de datos, y análisis. El marco conceptual, el diseño y los métodos fueron revisados periódicamente con la participación de la comunidad. Se apoyó a las mujeres hispanas para que analizaran su propia situación, y así pudieran decidir qué era lo mejor para su salud individual. Las mujeres que participaron en la investigación fueron empoderadas para hacer cambios en sus situaciones, y en la de su comunidad. Se las apoyó para que encontraran maneras de responder a las necesidades colectivas de su comunidad. Como las investigadoras también son miembros de la comunidad, hubo un menor desequilibrio de poder entre las que crearon y tuvieron acceso al conocimiento, y las que son “muestras” o “sujetos” de la investigación. ¹⁵ Los miembros de la comunidad no fueron tratados como receptores pasivos de la información sobre salud, sino que se involucraron activamente en la producción y el uso de esta información, asegurando que la investigación beneficiara a las participantes, miembros de la comunidad. ^{16, 17}



Fortalecimiento de la Capacidad de la Comunidad

Para comprender lo que puede pasar a nivel de comunidades y organizaciones durante el proceso de trabajo hacia una mejora de la salud, con y para las mujeres hispanas, hemos utilizado el modelo de Moyer et al ¹⁸ de Fortalecimiento de la Capacidad de la Comunidad (*CCB, Community Capacity Building*). Este modelo describe cuatro etapas a través de las cuales las organizaciones progresan a medida que desarrollan relaciones de trabajo efectivas y sostenibles, y que enfrentan las problemáticas de la promoción de salud en una comunidad. La Fase 1 es la Fase de Entrada, en la que las organizaciones comienzan a aprender las unas sobre las otras, y se inician los primeros contactos. La Movilización (Fase 2) se consigue cuando los canales de comunicación empiezan a formarse, los roles y las relaciones comienzan a definirse, y las posibilidades de trabajar juntos(as) en temas de promoción de la salud comienzan a explorarse. En la Fase 3 (Actividades Conjuntas) al menos dos organizaciones de la comunidad comienzan a trabajar juntas en un proyecto concreto, se establecen canales de comunicación eficientes y están presentes los(as) líderes portavoces del proyecto. La Fase 4 es Mantenimiento, en la cual las relaciones de trabajo entre las organizaciones se mantienen, y el proyecto se integra en las estructuras organizacionales para mantenerlo en el tiempo

El modelo transteórico

El cambio de comportamiento a nivel individual (en la conducta de detección temprana de cáncer cérvico-uterino y de mama) fue un componente muy importante del proyecto de demostración. El Modelo Transteórico (*TTM, Trans-theoretical Model*) ^{19, 20} explica que los individuos progresan a través de un determinado número de etapas durante su proceso de cambio de conducta: Pre-contemplación (no pensar en adoptar una conducta específica en un futuro próximo); Contemplación (considerar la idea de adoptar una conducta específica en un futuro cercano); Preparación (tener la intención de adoptar una conducta específica de forma inmediata); Acción (poner en práctica una conducta específica); y Mantenimiento (consolidar la conducta y utilizar estrategias para continuar y prevenir deslices). Este modelo ha sido utilizado para explicar cambios de conducta en la salud individual en problemáticas como dejar de fumar y la prevención de VIH, así como en la detección temprana de cáncer con el uso de exámenes cervicales y de mama. ²¹ Los modelos TTM han sido utilizados con éxito para informar, así como para documentar el impacto de las intervenciones a un nivel individual, incluyendo la adaptación del mensaje a la medida del receptor o la receptora y el refuerzo a lo largo del tiempo, basándose en la evaluación de la etapa del modelo transteórico en que se encuentra el individuo dentro de su proceso de cambio de conducta.

Feminismo y Antirracismo

Como cabe esperar de un proyecto de investigación participativa de acción, la revisión periódica del marco conceptual nos llevó a revisar los conceptos y enfoques que estábamos utilizando una vez comenzado el proyecto. Nos dimos cuenta de que necesitábamos describir claramente otras dos piezas del marco conceptual: un enfoque feminista y antirracista. Nuestro enfoque feminista aplicado a la investigación se guía por preocupaciones feministas políticas y sociales: atajar el desequilibrio de poder entre el/la "investigador(a)" y el/la "investigado(a)"; centrarse en acciones que reduzcan las desigualdades sociales; y tomar como punto de partida las experiencias y las ideas de las mujeres. Un enfoque antirracista implica una comprensión particular de cómo está construida la sociedad, qué es el racismo, y cómo se puede luchar contra él; un análisis del racismo como relación social, y de la "raza" como una construcción social. Aplicar un enfoque antirracista en un proyecto que incluye formación requiere "pedagogía crítica: necesidad de cooperación, participación, respeto, pensamiento crítico, honestidad, creatividad y compromiso". ²²

Integración de los marcos conceptuales

Los diferentes marcos conceptuales interactuaron los unos con los otros de modos complejos, a medida que fuimos implementando, revisando, y tratando de comprender el efecto del proyecto. Por ejemplo, esperábamos que la promoción de salud comunitaria y la investigación participativa se complementaran bien. Las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas (PSC/IPs), quienes también eran "ayudantes naturales" y líderes de la comunidad, podían ser capaces de evaluar las



necesidades de la comunidad y asegurar que el proyecto respondía a estas necesidades según iban emergiendo. Al mismo tiempo, ellas podrían dirigirse a la comunidad con información sobre problemáticas y servicios de salud, y reforzar su habilidad de actuar como defensoras de la comunidad. Se esperaba que este proceso bi-direccional beneficiara tanto a las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas como a otros miembros de la comunidad. Otro ejemplo de integración es el hecho de que el Centro de Salud Comunitaria Centretown (CCHC) no sólo fue un estudio de caso de cambio de conducta de la organización, sino también un participante “institucional” activo en el proyecto. En el proyecto anticipamos que su experiencia y conocimientos en la promoción de salud y en el desarrollo de la comunidad servirían de un gran apoyo y contribuirían de manera sustancial para llegar a las metas de promoción de la salud y de fortalecimiento de la capacidad de la comunidad, así como proveer acceso a los servicios de detección temprana de cáncer a través del área de atención primaria (primary care). También quisimos explorar cómo las “Fases de cambio” podrían ser aplicadas a una organización: ¿El CCHC se desplazaría de la contemplación a la acción a través de la eliminación de barreras organizativas, o involucrándose con la comunidad en el cambio social antirracista?

La Tabla que a continuación se detalla muestra otros vínculos posibles entre los distintos marcos conceptuales y los enfoques utilizados, es un “trabajo en progreso” (véase [resultados clave](#)). Por ejemplo, ¿conseguiríamos llegar a las fases y metas de “Acción”, “Eliminación de Barreras”, “Trabajar Juntos(as)”, y “Fortalecimiento de la Capacidad” a la vez?

Interacción del Modelo Transteórico y del Fortalecimiento de la Capacidad de la Comunidad, y la incorporación del enfoque feminista / antirracista

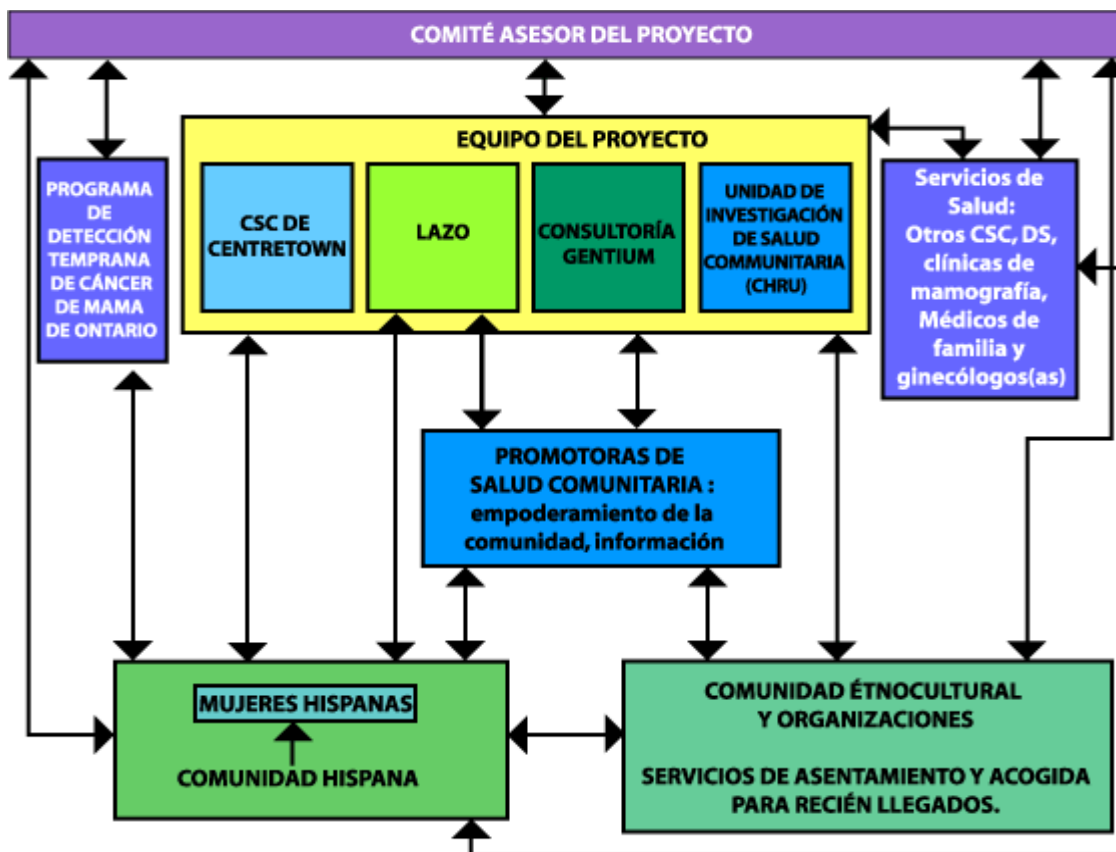
Modelo Transteórico	Conducta de la organización (estudio de caso)	Fortalecimiento de la capacidad de la comunidad	Enfoque feminista / antirracista
Pre-contemplación	Las barreras existen; no hay políticas de cambio	Se considera el desarrollo de entrada en partenariados	Se validan las experiencias individuales
Contemplación	Identificación de barreras; vacíos en las políticas	Movilización	Información; conectar experiencias más allá del individuo
Preparación	Desarrollar estrategias para la eliminación de barreras	Movilización y trabajo conjunto	Apoyo; Romper el aislamiento
Acción	Eliminación de las barreras	Trabajo conjunto	Retar el status quo, Empoderamiento
Mantenimiento	Monitoreo de los cambios y mantenimiento	Sostenibilidad	Involucrarse en el cambio social



d. Implementación y Estructura del proyecto

Estructura del proyecto

La estructura del proyecto está ilustrada en la Figura no.1. La estructura se estableció de tal modo que tanto los miembros de la comunidad como los proveedores de servicios tuvieran la oportunidad de colaborar con sus puntos de vista. Un Comité Asesor brindó su contribución a la dirección del proyecto y fue utilizado como caja de resonancia para la exploración de diversas problemáticas. Se crearon subcomités para trabajar las áreas específicas en las cuales el proyecto necesitaba de conocimientos más concretos. El desarrollo de los comités contribuyó al objetivo de que la comunidad y los proveedores de servicios se “apropiaran” del proyecto, más allá de los cuatro socios principales. Diríjase a Involucrar a la comunidad: Comités para más detalles.



El proyecto consistió en cuatro fases principales que se superpusieron unas con otras:

- Fase 1.** Planificación y establecimiento
- Fase 2.** Implementación de la formación
- Fase 3.** Alcance a mujeres hispanas
- Fase 4.** Evaluación, transferencia y sostenibilidad



Trabajando como socios

El proyecto Mujer Sana/Comunidad Sana está basado en un partenariado integrado por cuatro entidades diferentes: un grupo latinoamericano de mujeres, [LAZO](#); el [Centro de Salud Comunitaria Centretown](#) (CCHC); una consultoría de investigación de base comunitaria independiente, [Consultoría Gentium](#); y la [Unidad de Investigación de Salud Comunitaria](#) de la Universidad de Ottawa (CHRU). Nuestro modelo de partenariado está basado en una participación íntegra e igualitaria de todos los grupos asociados en los diversos aspectos del proyecto, desde la toma de decisiones hasta la difusión de la información.

Un consorcio de estos cuatro grupos asociados desarrolló [la propuesta](#) y postuló formalmente ante el Consejo de Salud de la Mujer de Ontario como partenariado. Este acuerdo fue consistente con el [marco conceptual de investigación participativa de acción](#) y con el enfoque de [fortalecimiento de la capacidad de la comunidad](#). [Los fondos del proyecto](#) fueron otorgados al Centro de Salud Comunitaria Centretown (CCHC), quien gestionó y se constituyó como sede administrativa del proyecto. CCHC fue responsable de este proyecto ante el financiador, así como también ante su propia Junta Directiva. Cada uno de los grupos asociados tenía sus propias políticas internas y sistemas de responsabilidad financiera.

En una fase temprana del proyecto se diseñó un detallado [escrito de consentimiento](#) para delinear los roles y responsabilidades de cada asociado en este programa único e innovador.

Roles y responsabilidades de los socios

A lo largo de la vida de este proyecto, los roles y responsabilidades de los cuatro grupos asociados fueron revisados y adaptados, respondiendo así a las constantes exigencias y prioridades que se fueron presentando. Al comienzo del proyecto, desarrollamos los términos de referencia para el partenariado así como los escritos de consentimiento en los que se describía la contribución de cada grupo asociado para así asegurar una amplia colaboración y apoyo en cada trabajo. Cada una de las posiciones designadas, tanto de personal como de consultoría, estaban ligadas a un grupo de participantes del proyecto. Por ejemplo, la [Coordinadora del Proyecto](#) fue apoyada por el [Equipo del Proyecto](#); las [Co-investigadoras](#) por el [Comité de Investigación](#); y las Promotoras de Salud Comunitaria/ Investigadoras Participativas se reunieron semanalmente en grupo, y con frecuencia individualmente, con una de las co-investigadoras, la [Coordinadora del Proyecto](#), o la [Promotora de Salud](#) profesional del CCHC.

Coordinación del proyecto

La coordinación del proyecto vino a ser un proceso complejo dado el nivel de compromiso que cada grupo asociado asumió para trabajar de forma conjunta.

El Equipo del Proyecto

El Equipo del Proyecto fue el cuerpo coordinador e incluyó representantes de cada grupo asociado, así como también a la [Coordinadora del Proyecto](#). Proporcionó liderazgo y dirección para el diseño, implementación y evaluación del proyecto utilizando un modelo participativo de toma de decisiones. Cada grupo asociado tuvo una sola voz a la hora de tomar decisiones. Tres de los cuatro grupos asociados (el Centro de Salud Comunitaria Centretown; LAZO; Consultoría Gentium) estuvieron representados en el equipo por mujeres profesionales hispanas, quienes también son [madrinas](#) de LAZO. También participaron en las reuniones del Equipo del Proyecto representantes del grupo de las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas, como también otros/as representantes de las organizaciones asociadas. Por lo tanto, el Equipo del Proyecto pudo hacer uso de una variada gama de conocimientos en desarrollo comunitario, salud, educación, formación, trabajo social, administración, estudios académicos, enseñanza, consejería clínica, organización, feminista, antirracismo e investigación social.

Las reuniones fueron bilingües (español e inglés), y el Equipo del Proyecto se reunió al menos una vez al mes para la toma de decisiones sobre formación, programación, investigación, presupuesto, diseminación, administración, y la participación en eventos. El Equipo del Proyecto también diseñó y revisó los planes de



trabajo, aprobó los presupuestos, lidió con asuntos de comunicación, y revisó la implementación del proyecto en general. Todos los grupos asociados, además de la coordinadora del proyecto, participaron activamente en el Equipo del Proyecto.

Coordinación y apoyo a la promoción de salud

El Centro de Salud Comunitaria (CCHC) proporcionó un apoyo importante en la coordinación de la promoción de salud (véase [contribuciones en especie](#)). Una de las promotoras de salud profesionales del CCHC participó en algunas sesiones de formación y así compartió el enfoque del CCHC en promoción de salud; además examinó las mejores posibilidades de cómo y dónde este enfoque se puede combinar con actividades de promoción de salud con promotoras comunitarias. Acabada la formación, una nueva promotora de salud profesional del CCHC trabajó de manera muy cercana con las once PSCs/IPs para organizar las actividades de educación de salud, tales como talleres, demostraciones y presentaciones en clases de ESL (Inglés como Segundo Idioma); y la participación en eventos como el [Festival de Salud](#). La Promotora de Salud del CCHC colaboró con la Co-investigadora de LAZO y con la [Coordinadora del Proyecto](#) para proveer formación continua a las PSCs/IPs. Ella también fue un miembro activo del [Project Team](#), y apoyó otras actividades a medida que se necesitó su colaboración (por ejemplo, la presentación de Mujer Sana en el Festival Multicultural de CCHC).

Coordinación y apoyo en la investigación

La Consultoría Gentium brindó la ayuda fundamental en la coordinación del área de investigación. Esto incluyó el liderazgo en el desarrollo y la revisión de los marcos conceptuales, estrategias de evaluación y diseño de investigación; revisión de documentos; desarrollo de las estrategias y herramientas de recogida de datos; creación y revisión de las bases de datos; manejo de los datos; y una continua revisión y reflexión de la naturaleza y dirección de Mujer Sana como proyecto de investigación participativa de acción. La Co-investigadora de LAZO fue una asociada activa en el área de formación y supervisión del trabajo de digitación de datos y, junto a Gentium, colaboró dando apoyo individual al entrenamiento continuo de las Investigadoras Participativas. La Co-investigadora de LAZO también tomó el liderazgo en la traducción de herramientas y documentos, los cuales son componentes esenciales para la coordinación de un proyecto de investigación bilingüe. Así mismo, lideró las estrategias de vinculación de las actividades de investigación al fortalecimiento de la capacidad de la comunidad y a las necesidades de la comunidad. Gentium y LAZO manejaron y supervisaron el trabajo de las PSCs/IPs en la colección de los datos obtenidos de la comunidad (encuestas y entrevistas exhaustivas), así como en el análisis participativo de los datos cualitativos

Administración del proyecto

Cada uno de los grupos asociados tenía su propia estructura, mecanismos y políticas de administración, y asumió sus responsabilidades ante los diferentes elementos del proyecto. Entender los requerimientos y las expectativas de administración de cada uno de los grupos asociados, así como establecer sistemas que funcionaran para todos los grupos, fue un reto interesante. Diríjase a ([Resultados clave](#)) para mayor información.

Ejemplo de complejidad administrativa: La Coordinadora del Proyecto, la Asistente Administrativa, y las Promotoras de Salud Comunitaria / investigadoras Participativas fueron contratadas como empleadas del Centro de Salud Comunitaria Centretown (CCHC). Esto fue llevado a cabo con la intención de ofrecerles una mejor protección y beneficios económicos (ellas fueron contratadas legalmente como empleadas, protegidas por el derecho laboral de la provincia de Ontario, sujetas a las políticas de personal de CCHC, y elegibles a recibir beneficios tales como seguro dental, a los cuales tienen derecho todos(as) los(as) empleados(as) del CCHC). La Co-investigadora de LAZO también fue una empleada contratada formalmente por el CCHC con beneficios incluidos, y formó parte de algunas actividades internas del CCHC. Sin embargo, en la práctica ella funcionó más como una co-investigadora independiente, responsable hacia el grupo LAZO. Gentium coordinó las actividades de investigación del proyecto en general, incluyendo colección, procesamiento, manejo y análisis de datos, y con la Co-investigadora de LAZO supervisaron las actividades de investigación de las PSCs/IPs. Las estudiantes en prácticas fueron supervisadas por la Co-investigadora del CHRU.



Dentro del CCHC, las actividades de Mujer Sana/Comunidad Sana eran parte del componente del Equipo de Promoción de Salud Comunitaria, y la Gerente de ese equipo colaboró en la supervisión del trabajo de la Coordinadora del Proyecto. A su vez, la Coordinadora del Proyecto supervisó las actividades de promoción de salud de las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas, junto a la Co-investigadora de LAZO. La Gerente del Equipo de Promoción de Salud Comunitaria actuó como persona de enlace con el Comité Directivo del CCHC, otros comités del CCHC y otros empleados(as) del CCHC, así como con la Gerencia y con la Directora Ejecutiva. Los sistemas y estructuras del CCHC (tales como políticas de recursos humanos, sistemas de contabilidad y finanzas, sistema de informática y las instalaciones del área de Atención Primaria) fueron esenciales a la hora de implementar un proyecto de demostración como éste. La participación de la Gerente de Promoción de Salud Comunitaria en el Equipo del Proyecto fue trascendental, ya que más allá del hecho de que CCHC fuera parte del [estudio de casos](#) y lugar de la intervención, pues su participación también garantizó que el CCHC fuera un grupo asociado completamente integrado en el proyecto, con una participación que se extendió más allá de las funciones administrativas.

La relación de la Unidad de Investigación de Salud Comunitaria (CHRU) y de la Consultoría Gentium con el proyecto Mujer Sana se basó en acuerdos de compra de servicios independientes y de costos fijos, en lugar de una relación empleado empleador. Algunas de las asistentes de investigación fueron contratadas como empleadas del CHRU a través de mecanismos de la universidad; y otras mediante contratos con Gentium bajo acuerdos de compra de servicios. En distintos momentos del proyecto, las asistentes de investigación trabajaron desde las oficinas del CCHC, CHRU y de Gentium, y sus respectivas labores fueron supervisadas por diferentes socios del proyecto. Dada la naturaleza horizontal y participativa del proyecto, la participación de estos dos grupos asociados también se extendió más allá de lo habitual en las relaciones de consultoría y de adquisición de servicios.

Recursos Humanos

El recurso más importante de este proyecto fueron las mujeres que trabajaron en él. En la etapa de planificación, se proyectaron un número de posiciones de empleo y de consultoría a tiempo parcial. Anticipamos así una serie de tareas y responsabilidades fijas para cada una de estas posiciones. En la práctica, muchos de estos roles se sobrepusieron; emergieron nuevas tareas y responsabilidades, y todas contribuimos con muchos días voluntarios de trabajo, más allá de lo remunerado, para hacer de este proyecto todo un éxito.

La Coordinadora del Proyecto

La Coordinadora del Proyecto tuvo un rol de vital importancia. Su posición conllevó múltiples tareas, incluyendo la organización y la asociación con los comités; respondiendo a los medios de comunicación y a diversas solicitudes por parte del público en general; organizando eventos de alcance tales como la [Graduación](#) y el [Festival de Salud](#) contribuyendo con logística para la implementación de la formación; supervisando a las Promotoras de Salud Comunitaria y al personal de apoyo; participando en la recogida de datos; coordinando a los(as) voluntarios(as) del proyecto; y encargándose de muchas tareas administrativas, tales como el monitoreo del presupuesto del proyecto. Las relaciones públicas, la resolución directa de problemas de la comunidad, y abogar en nombre de miembros de la comunidad, requirieron considerablemente más tiempo de lo anticipado. Se hizo evidente que una posición de trabajo a tiempo parcial era insuficiente, especialmente dada la gran cantidad de solicitudes de información y asistencia totalmente inesperadas, y aún más cuando el proyecto se hizo más visible y se identificó al CCHC como un centro donde posiblemente habían trabajadoras hispanohablantes. Como resultado, una gran parte de la planificación y coordinación de las tareas de investigación pertenecientes al área de programación y a la implementación del proyecto fueron llevadas a cabo por las Co-investigadoras de LAZO y Gentium. Diríjase a [descripción de trabajo: Coordinadora del Proyecto](#) para más detalles.

Co-investigadoras

Tres de las organizaciones asociadas aportaron las cuatro Co-investigadoras: la Consultoría Gentium, LAZO, y la Unidad de Investigación de Salud Comunitaria (CHRU). Las Co-investigadoras fueron responsables de la planificación y la implementación del componente de investigación participativa de acción del proyecto. Esto



incluyó un trabajo directo con la comunidad y con otros miembros del proyecto para desarrollar los marcos conceptuales; el diseño y métodos de investigación; desarrollar y probar herramientas bilingües (en español e inglés), tales como encuestas, plan de entrevistas, registros de clientes y anotaciones. Ellas también necesitaron estar íntimamente involucradas con todos los aspectos del proyecto para dar dirección y supervisión a las PSCs/IPs en la continua colección y análisis de los datos. Las Co-investigadoras prepararon frecuentemente informes con resultados preliminares, para así asegurar que los aprendizajes de la investigación se aplicaran de forma inmediata a la implementación de las actividades de planificación. Este método creó lazos fuertes y dinámicos entre el conocimiento y la acción emergente, llevando así nuevas preguntas a la investigación. Este proceso se usa de forma muy frecuente en la [investigación participativa de acción](#). La Co-investigadora de LAZO y la Coordinadora del Proyecto compartieron una oficina en el Centro de Salud Comunitaria Centretown. Este arreglo facilitó la comunicación permanente, el compartir tareas y el mutuo apoyo entre estos dos miembros centrales del equipo.

Diríjase a [Acerca de nosotras](#) para encontrar más información sobre la formación profesional y experiencia de las Co-investigadoras.

Las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas (PSCs/IPs)

Las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas fueron un ingrediente esencial en el proceso de implementación del proyecto Mujer Sana - Comunidad Sana. La selección de las PSCs/IPs requería hacer un análisis de las necesidades y situación de la comunidad, y un proceso que respetara y que fuese consistente con los marcos conceptuales que guiaban el proyecto. La comunidad hispana de Ottawa posee muchas mujeres expertas, trabajadoras y motivadas, ligadas a su comunidad, quienes podían convertirse en líderes más fuertes, mejores educadoras de salud y también beneficiarse de su participación en este proyecto.

Principios de selección

El número de mujeres que podían participar de una forma remunerada era limitado. ¿De qué manera podíamos elegir a las mujeres a las que se les daría esta oportunidad? Nos basamos en los principios de promoción del empoderamiento, extensión de oportunidades, y trabajo por justicia social para ayudar a identificar y seleccionar a las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas.

Quisimos distribuir el número de posiciones de trabajo y el pago para beneficiar al mayor número de mujeres posibles:

Éste ha sido un principio fundamental de LAZO como grupo comunitario. Aunque originalmente se diseñó un presupuesto para contratar a ocho Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas, al final contratamos a 12 excelentes candidatas, y repartimos el presupuesto mediante la redistribución de horas de trabajo y la negociación en cuanto a los beneficios, de modo que a todas se les ofreciera una posición. Esto se hizo en reconocimiento a las precarias condiciones económicas en que vive la [población latinoamericana en Ottawa](#), y a la importancia que para muchas de ellas tiene el obtener una experiencia “canadiense” en otro sector que no sea el de servicios.

Quisimos respetar el compromiso a la comunidad y al voluntariado en el momento de selección y reclutamiento:

Las voluntarias y los miembros del grupo tuvieron prioridad para obtener un trabajo remunerado. A pesar de que cuando se consigue financiamiento para un proyecto todas las posiciones se abren a concurso, en este caso y como LAZO había iniciado este proyecto, al grupo principal de seis líderes comunitarias tuvo la primera opción de una posición remunerada. Las líderes comunitarias, todas mujeres de escasos recursos económicos, habían hecho sacrificios a través de los años para contribuir al desarrollo del grupo y de la



comunidad. Estas líderes decidieron aprovechar esta oportunidad. Una de las [madrinas](#) fue seleccionada por el grupo para ser la Co-investigadora del proyecto.

Quisimos ofrecer oportunidades a otras mujeres:

LAZO aprobó que otras seis mujeres fueran seleccionadas dentro de la comunidad a través de un concurso abierto al público. (Nota: Las posiciones de la coordinadora del proyecto, asistente administrativa, y asistentes de investigación también fueron abiertas a concurso). Desarrollamos una [descripción de la posición de empleo](#) y anuncios en inglés y español para las posiciones. Estos anuncios fueron publicados en varios lugares importantes frecuentados por la comunidad hispana local. El método de pasar la voz también fue utilizado para el reclutamiento. Las posiciones también fueron anunciadas en los periódicos de habla hispana. Recibimos treinta y cinco solicitudes de empleo y diez fueron seleccionadas para una entrevista posterior.

Las calificaciones debían reflejar la realidad y necesidades de la comunidad:

Se requirió conocimiento de inglés y español, pero no se evaluó ninguna otra calificación académica formal. Se desarrolló un criterio para evaluar las solicitudes escritas, así como una [guía de evaluación](#) para las entrevistas. Las experiencias previas de las postulantes en su trabajo remunerado y de voluntariado con la comunidad, ya fueran en Canadá o en sus propios países de origen, fueron parte importante del criterio de selección. Aquellas solicitantes no miembros de LAZO que obtuvieron el puesto fueron instadas a incorporarse al grupo. Las entrevistas fueron conducidas en inglés y español. Dos de las Co-investigadoras participaron en el proceso de entrevista, así como una de las promotoras de salud profesionales del CCHC.

El rol y las responsabilidades de las PSCs/IPs

Las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas tuvieron un rol muy significativo en este proyecto. Ellas se convirtieron en las “mediadoras” entre las mujeres en situación marginal y los servicios comunitarios sociales y de salud. A través de esta “mediación” de salud viajó la información sobre la importancia de la detección del cáncer y el apoyo al acceso de los servicios hacia las mujeres; y, en la dirección opuesta, la información sobre las necesidades de las mujeres y el apoyo para eliminar las barreras a los servicios llegó a las agencias. Como investigadoras participativas, las PSCs/IPs ayudaron a guiar la investigación para que se centrara en [preguntas](#) que fueran importantes para la comunidad. Ellas ayudaron a desarrollar y probar las herramientas para asegurar que fueran accesibles lingüística y culturalmente. También recogieron los datos de los miembros de la comunidad que comúnmente por barreras de lenguaje son inaccesibles a los(as) investigadores(as) convencionales. Además, ellas ayudaron a edificar la capacidad de la comunidad formulando y clarificando sus necesidades, enviándolas a los servicios y organizaciones que son responsables en servirles, y abogando para que los servicios fueran más accesibles. Las PSCs/IPs participaron en los comités, proporcionaron perspectivas sobre las necesidades de la comunidad de forma constante, y realizaron [presentaciones](#) sobre el proyecto en eventos públicos. La capacidad de la comunidad también fue fortalecida teniendo más mujeres comunitarias expertas e informadas, quienes sirvieron como modelo a otras mujeres sobre lo que se puede llevar a cabo. Diríjase a [Relatos](#) para encontrar más información sobre las experiencias de las PSCs/IPs.

Asistente Administrativa

Se contrató a una asistente administrativa a tiempo parcial perteneciente a la comunidad hispana, para toda la duración del proyecto. Ella asistió en muchas de las tareas administrativas en el centro CCHC, incluyendo el apoyo a la Coordinadora del Proyecto, ayudando con aspectos organizativos de reuniones, mecanografiando algunas de las minutas de los comités, y respondiendo a solicitudes de información por teléfono. Además de su ayuda administrativa, también ayudó en el área de comunicaciones y alcance a la comunidad, y respondió a peticiones de la comunidad hispana. Así mismo, aportó apoyo lingüístico, administrativo y de computación a las PSCs/IPs, ayudó a traducir y transcribir varios documentos, y formó parte de la organización de diversos eventos tales como la Fiesta de Graduación y el Festival de Salud. También se proporcionó asistencia administrativa a través de empleados(as) de la Consultoría Gentium, para tareas de gestión de investigación y de formación.



Asistencia en el registro de datos

El registro de los datos de las encuestas cuantitativas principales se llevó a cabo en la Consultoría Gentium, por un empleado/a administrativo/a que se adhirió al proyecto. Dos de las PSCs/IPs también fueron entrenadas y supervisadas en las oficinas de Gentium para el registro de los datos de una serie de preguntas (listado de anotaciones en terreno de las entrevistas). En los últimos meses del proyecto se contrató a tiempo completo a una persona, también perteneciente a la comunidad hispana, quien trabajó en la digitación de información de los historiales médicos pertenecientes a la "Revisión del bienestar de la Mujer" (Well Woman Check-up) de las clientes de CCHC, y de los registros de visita a programas de salud del Centro de Salud Comunitaria Centretown y del Programa de Detección de Cáncer de Mama de la Provincia de Ontario. Ella había participado desde muchos meses atrás como voluntaria con Mujer Sana.

Asistencia en la investigación

Tres estudiantes en prácticas trabajaron como asistentes de investigación durante los dos veranos del proyecto. Estas jóvenes, con raíces en la comunidad hispana, ayudaron a la colección y revisión de documentos, reseñas bibliográficas, gestión de los datos, entrada de información de encuestas, y compilación de los resultados preliminares. Ellas también proporcionaron apoyo durante la evaluación del proyecto y la fase de redacción del informe. Ellas fueron supervisadas por la Co-investigadora del CHRU y por la Consultoría Gentium. Asimismo, una asistente de investigación perteneciente a la comunidad hispana fue empleada para hacer la ronda final de entrevistas de evaluación a las PSCs/IPs. Ella fue supervisada por la Co-investigadora de LAZO, con quien trabajó de forma muy cercana.

Asistencia en la redacción de la solicitud de otorgamiento de fondos

Todos los grupos asociados apoyaron la búsqueda continua de fondos para financiar varias ramificaciones para el proyecto Mujer Sana/Comunidad Sana. Los plazos límites para las solicitudes de otorgamiento de fondos y la inminente necesidad de completar esta fase del proyecto condujo a que el Equipo del Proyecto y el Comité de Transferencia y Sostenibilidad tuvieran un límite de tiempo para ir más allá de la fase conceptual y la identificación de posibles proveedores de fondos. Una consultora fue contratada por tres meses para asistir con el desarrollo y la redacción de solicitudes de otorgamiento de fondos. Ella trabajó de forma muy cercana en estas tareas con la Gerente de Promoción de Salud Comunitaria, la Coordinadora del Proyecto y la Co-investigadora de LAZO.

Asistencia en Traducción

Dos de las Co-investigadoras, la Coordinadora del proyecto y la Asistente administrativa colaboraron en la traducción de varios documentos a lo largo de la duración del proyecto, respondiendo rápidamente a la necesidad de información bilingüe. Del mismo modo, diversos(as) traductores(as) de la comunidad hispana y una anglófona canadiense fueron contratados(as) para traducir del español al inglés una serie de entrevistas, así como el texto de esta página Web. (Del inglés al español y del español al inglés).

Asistencia en el Diseño gráfico

Una [diseñadora gráfica](#) perteneciente a la comunidad latinoamericana fue contratada en dos ocasiones. Ella trabajó de forma cercana con el Equipo del Proyecto, especialmente con la Coordinadora, y también con una artista miembro del grupo LAZO para ayudar a diseñar el logotipo del proyecto; y con la Consultoría Gentium para diseñar y construir esta página Web.

Involucrando a la comunidad: Comités

Una de las metas importantes del proyecto fue fortalecer la capacidad de la comunidad de tres formas distintas:



- Fortalecer la capacidad de la comunidad hispano parlante del área de Ottawa;
- Mejorar la capacidad del sector de los servicios de salud para responder mejor a las necesidades de detección temprana de cáncer y de otros temas de salud de las mujeres hispanas;
- Incrementar la capacidad de otras comunidades minoritarias para entender y adaptar este modelo de acuerdo a sus propias necesidades.

La participación de la comunidad fue un componente vital desde el principio de este proyecto. Para cumplir este propósito, se desarrolló un [Comité Asesor](#) y otro número de comités. Éstos fueron diseñados para ampliar las oportunidades de los miembros de la comunidad a involucrarse, y beneficiar al mismo tiempo al proyecto de toda la experiencia que ellos(as) aportaban. Cada comité fue liderado por un miembro del [Equipo del Proyecto](#) para asegurar que las decisiones tomadas por cada comité fuesen comunicadas al organismo coordinador. Algunos de estos comités fueron formados con fines específicos por un tiempo limitado, con el fin de tratar con un tema puntual. Las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas participaron activamente en los comités. Esto les ayudó a expandir sus conocimientos sobre estructuras y funciones formales de las organizaciones, y las capacitó para participar eficientemente en otros comités comunitarios en un futuro.

Comité Asesor

Este proyecto se benefició de la participación de un sector más amplio de la comunidad a través de un Comité Asesor (AC). Los miembros fueron reclutados al tiempo que se desarrolló la primera propuesta de otorgamiento de fondos. La comunidad respondió con mucho interés y ganas de participar. Los miembros del AC incluyeron representantes de la comunidad latinoamericana y organizaciones de comunidades étnico-raciales, organizaciones de asentamiento para inmigrantes, organizaciones de detección de cáncer, profesionales de la salud, centros de salud comunitaria, programas de salud pública, el Departamento de Salud de la Ciudad de Ottawa, expertos(as) en investigación participativa de acción en el tema de mujeres, la Universidad de Ottawa, la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Carleton, y el Algonquin College. El AC se reunió cada tres meses para proporcionar asesoramiento en la dirección del proyecto. Para ver la lista de los miembros, diríjase a [Miembros del Comité Asesor](#).

El Comité Asesor también sirvió de foro de discusión sobre el tema de la transferencia del modelo. Desde el comienzo, el proyecto ha trabajado con comunidades étnico-culturales para explorar el potencial del modelo de Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas (PSCs/IPs), de modo que pueda ser implementado y evaluado más allá de la comunidad latinoamericana. Por ejemplo, un representante de la Asociación de Solidaridad Africana y Director del Programa de Inglés como Segundo Idioma (ESL) participó en el Comité Asesor, y de este modo se inició el diálogo con la idea de adaptar el modelo de las PSCs/IPs a la comunidad Afro-canadiense. Algunos módulos de educación de salud ya se han presentado en las clases multiculturales de ESL. Una representante del Programa Multicultural del Departamento Municipal de Salud fue co-presidenta del Comité Asesor y participó además activamente en varios otros sub-comités. Su contribución nos permitió comenzar la exploración de la transferencia del modelo de las PSCs/IPs a la comunidad china, y a otras comunidades multiculturales con las cuales el Departamento de Salud Pública colabora en la actualidad.

Para ver la lista de los miembros del AC, diríjase a [Miembros del Comité Asesor](#).

Comité de Formación

Este comité fue muy activo en la primera fase del proyecto. Los miembros brindaron sus conocimientos al desarrollo del currículo de formación, aprobaron y verificaron el contenido de los cursos, y revisaron los cuatro [exámenes de conocimientos de base](#) diseñados para examinar el conocimiento de las estudiantes al comienzo y al final de los cursos. Este comité contó con la importante participación del sector de salud y de una representante de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Carleton. Hubo una continua



retroalimentación en áreas de contenidos específicos a través de comunicaciones mediante correos electrónicos. Muchos de los miembros del comité también participaron como profesionales de recursos durante la [implementación de la formación](#), con presentaciones y materiales en áreas de contenidos específicos (por ejemplo, una enfermera de salud pública habló sobre sus experiencias planificando e implementando las visitas a domicilio).

Comité de Investigación

El Comité de Investigación se reunió a lo largo del proyecto para discutir los marcos conceptuales, los planes de trabajo de investigación, los métodos y herramientas de la colección de datos, los resultados preliminares y las implicaciones para la programación. El comité estuvo formado por las Co-investigadoras, la Coordinadora del Proyecto, un número de miembros de la comunidad y las PSCs/IPs. El comité también se comunicó a través de correos electrónicos para hacer circular la información y recibir retroalimentación en plazos límites (como por ejemplo, las herramientas de recogida de datos) entre reuniones.

El Comité de Investigación definió sus roles de la manera siguiente:

- Proveer retroalimentación al Equipo del Proyecto y al Comité Asesor;
- Actuar como caja de resonancia;
- Asegurar que la investigación proporcione las herramientas para captar un cambio y de este modo ser conscientes de que el cambio está sucediendo, especialmente en el área de cambio organizacional.

Se creó un número de subcomités de investigación en distintos momentos del proyecto, para promover la integración y participación de las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas (PSCs/IPs) en la práctica de recogida y análisis de datos. Así por ejemplo, el subcomité de las Sesiones de Grupos Focales (consistió en dos co-investigadoras, una asistente de investigación y dos miembros de LAZO) se reunió para discutir vías en que los grupos focales pudieran ayudarnos a encontrar información sobre los proveedores de servicios. El subcomité determinó el tipo de preguntas dirigidas a los grupos focales; desarrolló formas de recopilar información durante las reuniones de grupos focales; organizó las sesiones; y analizó y estudió los resultados de estas sesiones para presentarlos al resto del proyecto. Precisamente durante el tiempo que las entrevistas cualitativas estaban siendo analizadas, un Sub-comité de Análisis Cualitativo (consistente en dos Co-investigadoras de habla hispana y cuatro de las PSCs/IPs) se reunió de manera frecuente para entender mejor el proceso de este análisis. El subcomité leyó y discutió todas las entrevistas, desarrolló e implementó un mecanismo de codificación de entrevistas, analizó los [resultados](#), y desarrolló vías para integrar los resultados en las prácticas de las otras PSCs/IPs.

El Comité de Alcance y Diseminación

El rol del Comité de Alcance y Diseminación fue asegurar que la información del proyecto llegara a la comunidad en su totalidad. El comité también respondió a las peticiones de entrevistas de periodistas locales. Los miembros desarrollaron una [estrategia de comunicación](#). Ambos medios de comunicación, tanto el hispano como el convencional 'canadiense' anunciaron nuestros eventos especiales, como la [graduación](#), de las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas, y el [Festival de Salud](#) el cual se realizó en marzo del 2002. El comité también brindó sugerencias sobre los tipos de diseminación tales como la participación en diversas conferencias y en la publicación de artículos. Hasta el día de hoy, muchos de los artículos acerca del proyecto han aparecido tanto en inglés como en español: en el periódico Ottawa Citizen; el Ottawa Sun; Eco Latino; El Mensajero; Nuestra Capital Social (*Our Social Capital*), la Revista del Consejo de Planificación Social de Ottawa (*the Magazine of the Social Planning Council of Ottawa*); Perspectives el boletín informativo de la Unidad de Investigación de Salud Comunitaria de la Universidad de Ottawa (CHRU). (*Perspectives - the Community Health Research Unit's Newsletter*); y en la Revista de Investigación *Western Journal of Nursing Research*, en una edición especial sobre 'Inmigración y Salud', el boletín informativo del Instituto Canadiense de Investigación para la Mujer (CRIAOW). Varios miembros del proyecto (Coordinadora, PSCs/IPs, Co-investigadoras) fueron entrevistados por televisión y radio en diversas



ocasiones, tanto en inglés como en español. (New RO, CTV, CBC, Revista Latinoamérica de la televisión Rogers).

El Comité de Transferencia y Sostenibilidad

El Comité de Transferencia y Sostenibilidad comenzó su trabajo desde los primeros días del proyecto con la anticipación de transferir aspectos del proyecto a otras comunidades y también asegurar un financiamiento futuro. Con la participación de miembros de varias organizaciones étnico culturales, se enfatizó la importancia de sostener el compromiso hacia la comunidad hispana con este primer proyecto, y también expandir y transferir los elementos exitosos del modelo a otras comunidades y a otras problemáticas de salud. El comité desarrolló [términos de referencia](#) específicos para clarificar su rol y mandato. El comité pasó a ser cada vez más activo en los últimos tres meses del 2002, implementando los planes concretos de sostenibilidad. Se contrató a una consultora para explorar las opciones de financiamiento, ayudar a refinar los modelos de programación y comenzar a escribir las solicitudes de otorgamiento de fondos. Un número de patrocinadores potenciales fueron contactados y se desarrollaron estrategias para apoyar las solicitudes de otorgamiento de fondos. El [Comité Asesor](#) en su conjunto también tuvo un rol importante en la transferencia de este modelo.

El Comité de Navegación

Al final del primer año de proyecto, el [Comité Asesor](#) planteó la inquietud de que las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas (PSCs/IPs) necesitaban de más información sobre cómo estaban respondiendo las agencias de servicios a las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama o cérvico-uterino, pero que no hablan muy bien el inglés ni el francés. Al mismo tiempo, otra serie de servicios necesitaba tener más información sobre el proyecto, para así ayudar a responder mejor a las necesidades de estas mujeres. Con este fin específico se formó el Comité de Navegación, para asegurar que las PSCs/IPs se relacionaran de mejor manera con toda la gama de servicios de salud disponibles para las mujeres, y ayudarlas a 'navegar' por el sistema. El Comité se reunió dos veces, lo cual llevó a concretar una sesión de medio día de formación para las PSCs/IPs en el [Centro Regional de Cáncer de Ottawa](#) en mayo del 2002.

e. Cronología del Proyecto

Cronología del Proyecto - Mujer Sana/Comunidad Sana	
Historia previa al comienzo del proyecto	<p>LAZO: Desde 1994, este grupo de mujeres hispanas con base en Ottawa ha llevado a cabo proyectos comunitarios de promoción de la salud para mejorar la salud de las mujeres de la comunidad (diríjase a Acerca de nosotras, y Las mujeres latinas se organizan).</p> <p>El Centro de Salud Comunitaria Centretown (CCHC) ha apoyado el trabajo de LAZO desde 1995. El centro ha facilitado un espacio de trabajo y ha ayudado a LAZO en muchos proyectos (Véase Acerca de nosotras).</p> <p>La Consultoría Gentium: Muchos de sus proyectos de investigación se han enfocado en salud comunitaria, necesidades de las mujeres inmigrantes, la promoción de la diversidad organizacional, y la garantía del acceso igualitario a los servicios públicos (véase Acerca de nosotras). Una madrina de LAZO es la investigadora principal de Gentium.</p> <p>La Unidad de Investigación de Salud Comunitaria (CHRU) tiene experiencia y conocimientos en investigación de salud pública de base comunitaria con grupos marginales. La CHRU también ha colaborado previamente con el CCHC en proyectos de investigación de salud y con Gentium en numerosos proyectos de investigación cualitativa.</p>



Septiembre de 2000

RFP	<p>LAZO y CCHC reciben la 'Convocatoria de Propuestas' ('Request for Proposals', RFP) del Consejo de Salud de la Mujer de Ontario.(OWHC). LAZO ve una oportunidad extraordinaria para la comunidad hispana y se dirige a la Consultoría Gentium para que le ayude a escribir la propuesta. Las investigadoras de Gentium ya habían visto la propuesta y pensaron que podía ser un vehículo ideal para realizar un proyecto conjunto, y acuerdan, de manera benévola, liderar el desarrollo de un consorcio y preparar la propuesta.</p> <p>El CCHC confirma en principio su apoyo para participar en el consorcio y enviar una propuesta conjunta.</p> <p>Gentium invita a la CHRU para que se asocie con este consorcio.</p>
Preparación de la propuesta	<p>Se completa la propuesta, se contacta a las personas y organizaciones de la comunidad, y la mayoría acuerda participar en este proyecto si se aprueba la propuesta.</p> <p>Se solicitan y obtienen cartas de apoyo de organizaciones clave, como el Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama de Ontario (véase Vincular la investigación a la práctica).</p>

Octubre de 2000

Remisión de la propuesta	<p>Se somete la Propuesta al Consejo de Salud de la Mujer de Ontario(OWHC).</p>
---------------------------------	---

Enero de 2001

	<p>El OWHC requiere información adicional. Se requiere una revisión de ética para aprobar la propuesta.</p>
--	---

f. Formación de Líderes Comunitarias

Las líderes de la comunidad fueron seleccionadas en base a su trabajo como "ayudantes naturales", y a su deseo de mejorar sus aptitudes para ayudar a las mujeres de la comunidad (ver [selección de las líderes comunitarias](#)). Para convertirse en Promotoras de Salud Comunitaria eficaces en el área de la detección temprana de cáncer, y para participar en la investigación y en el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad, necesitaban una mayor formación. Por tanto, la formación se convirtió en un factor clave del primer año del proyecto de demostración.

Evaluación de las necesidades de formación

¿De qué manera podría contribuir el proyecto al desarrollo de las habilidades de las "ayudantes naturales"? ¿Cuáles eran sus puntos fuertes, y cómo querían compartir sus conocimientos con otras mujeres?, ¿De los conocimientos que ya poseían, cuáles debían ser ampliados?, ¿Qué tipo de experiencia de formación podría servir mejor en este caso? Para encontrar respuesta a estas preguntas, llevamos a cabo un gran número de actividades para "evaluar" las necesidades de formación. Entre otras, organizamos un taller de un día completo en el que se discutieron los puntos fuertes de todas las participantes, sus intereses y sus métodos preferidos de aprendizaje y de enseñanza; también se llevaron a cabo entrevistas individuales tipo conversación; una evaluación del nivel escrito y oral del inglés de las participantes; y varios "exámenes" para



evaluar sus conocimientos en temas de salud, detección temprana de cáncer, desarrollo comunitario, apoyo a la compañera, investigación, y promoción de salud comunitaria. Estas actividades están descritas con más detalle en la sección de [evaluación de la formación](#). También quisimos que la formación estuviera basada en los [training principles](#) que fueran consistentes con las prácticas y la filosofía de todos los grupos participantes en Mujer Sana.

Desarrollo del curso de formación

Una actividad clave del primer año del proyecto de demostración fue el desarrollo y la implementación del curso intensivo para la formación de líderes comunitarias como promotoras de salud comunitaria e investigadoras participativas. Para buscar cursos o programas de formación similares, y para identificar los materiales del currículo, llevamos a cabo una revisión de otros documentos de formación y de [artículos](#) en español y en inglés. No encontramos ningún programa de formación ya diseñado que combinara promoción de salud comunitaria, desarrollo comunitario, investigación participativa y el enfoque específico en salud de las mujeres y detección temprana de cáncer. Tuvimos que desarrollar por lo tanto un nuevo [currículo de formación](#).

El curso tuvo lugar en el otoño de 2001, y consistió en 216 horas de clase, y horas adicionales en “salidas a terreno” (field trips). Las participantes también invirtieron muchas horas fuera de las clases leyendo, haciendo tareas, practicando las técnicas aprendidas, y trabajando en grupo para completar trabajos. Para un plan detallado del curso, diríjase al [resumen del curso de formación](#).

Calificaciones de las instructoras

Tres de las co-investigadoras del proyecto de demostración desarrollaron y enseñaron el curso. Dos de las instructoras también son [madrinas](#) de LAZO, con el español como su primera lengua, y la tercera tenía un nivel básico de español. Dos de las instructoras son las investigadoras principales de la [Consultoría Gentium](#), y tienen una amplia experiencia en investigación y formación; la otra instructora es actualmente profesora en la Universidad de Carleton en Ottawa. Las tres tienen una larga historia en educación de adultos, desarrollo comunitario y formación participativa, así como calificaciones académicas formales en educación. Con la combinación de tres modelos de experiencias y técnicas, esperábamos crear un ambiente de aprendizaje que promoviera empoderamiento, desarrollara la solidaridad de grupo, y aumentara los conocimientos académicos y las habilidades técnicas de las participantes. La instrucción se complementó con la participación de profesionales trabajando en la comunidad, como doctores(as) de familia, asesores(as) de los servicios de inmigración, trabajadores(as) sociales, enfermeros(as) del sistema de salud público y promotores(as) de salud profesionales. Muchos(as) de estos(as) profesionales también hablaban español, y formaban parte del [Comité Asesor](#).

Acreditación

Cuando planeamos el curso de formación, fuimos conscientes de que se ofrecen muchos programas de formación para mujeres inmigrantes a través de las diferentes organizaciones comunitarias. Muchos de los miembros de LAZO habían participado en cursos cortos que se ofrecen en centros comunitarios o agencias de asentamiento a inmigrantes. Aunque estos cursos tienen su utilidad, muchos de ellos no son valorados por las empresas a la hora de realizar contrataciones, o no están reconocidos por las instituciones educativas. Nosotras estábamos motivadas a hacer algo distinto en el proyecto Mujer Sana: asegurar que las ayudantes naturales que completaran el curso de promoción de salud comunitaria / investigación participativa recibieran un crédito de una institución de enseñanza post-secundaria.



Las negociaciones con la [Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Carleton](#) (SSW, School of Social Work) llevaron a que este curso fuera reconocido como dos cursos de medio crédito cada uno al nivel de segundo año universitario, lo que supuso un logro muy importante. Los factores que describimos a continuación pueden haber ayudado a este proceso:

- La Escuela de Trabajo Social (SSW) tiene un compromiso de política de antirracismo, y trata de atraer a estudiantes y profesores de diferentes orígenes etno-raciales.
- La SSW ofrece actualmente cursos fuera del campus universitario a otros grupos marginales, específicamente a personas de origen aborígen que viven en sus reservas.
- La directora de la SSW apoyó mucho esta idea y abogó por la aprobación de este curso ante la burocracia de la universidad. Ella también formó parte del Comité Asesor del proyecto.
- Dos de las instructoras del curso son licenciadas en el programa de Maestría en Trabajo Social de la Universidad de Carleton.
- Una de las instructoras estaba ya enseñando un curso en la universidad de Carleton.
- El curso estaba bien planificado, y se entregó a la SSW toda la documentación relevante al currículo y a los materiales.
- Como las clases se impartían fuera del campus universitario, no hubo problemas añadidos de horarios de clases y espacio en las aulas.
- La universidad pagó a las instructoras, y el dinero del proyecto Mujer Sana Comunidad Sana pagó las tasas de inscripción de todas las estudiantes.

Una vez que el curso fue acreditado por la universidad, el siguiente paso fue negociar la acreditación con el [Algonquin College](#), un colegio comunitario local, como “curso de certificado”. La participación del Algonquin College en el Comité Asesor, y su interés en apoyar este tipo de educación para estudiantes adultos(as) en la comunidad, llevó a la creación de un certificado de este colegio comunitario en “Promoción de Salud Comunitaria”, a través de su Departamento de Educación Continua. Este certificado hace que las PSCs también puedan solicitar recibir créditos académicos por su práctica posterior de trabajo con Mujer Sana. Esta práctica es equivalente al primer año del programa de Diplomado(a) en Trabajo en Servicios Sociales.

Aparte de los beneficios por conseguir una acreditación formal del curso, también se nos presentaron las siguientes dificultades:

- Estructura y criterios del curso más rígidos que en un programa de formación informal (contenido establecido, lecturas preseleccionadas, horas inflexibles, y distribución del horario);
- Muchas más “tareas” formales para las estudiantes, para llevar a cabo una evaluación detallada y establecer “calificaciones” válidas en un marco de tiempo predeterminado;
- Necesidad de que las estudiantes tuvieran una mayor habilidad en su comprensión y producción de documentos en inglés, y una mayor traducción de materiales por parte de las instructoras;
- El requerimiento de que aquellas estudiantes que no hubieran completado ya cursos de inglés en una institución educativa, pasaran un examen de conocimientos de inglés como condición para poder registrarse en un curso de nivel universitario;
- Entrega de calificaciones individuales a cada estudiante, lo que conlleva comparaciones entre ellas, una mayor competitividad, tensiones de grupo, y una relación más jerárquica entre instructoras y estudiantes.

Para una descripción más detallada, vea la [evaluación del curso de formación](#).

Apoyos en la formación

El proceso de aprender nuevas técnicas requiere de tiempo y recursos, y para muchas mujeres de la comunidad ambas cosas escasean. Todas las líderes comunitarias tenían hijos(as) y responsabilidades familiares; todas estaban ya comprometidas con otras actividades de la comunidad; y muchas de ellas trabajaban muy duro a tiempo parcial o de forma ocasional, pero poseían ingresos muy bajos (véase [las mujeres latinas se organizan](#)). Una de las participantes tuvo que abandonar el programa antes de que



comenzara la formación por motivos personales (iconsiguíó un trabajo a tiempo completo!). Al final once de las doce líderes de la comunidad que fueron identificadas en un principio completaron el curso.

Diseñamos el curso de formación con muchos apoyos, para hacer más sencillo que las mujeres participaran completamente y terminaran la formación. Se les pagó con los fondos del proyecto Mujer Sana por el tiempo que atendían las clases, y por otras cuatro horas adicionales a la semana para que pudieran estudiar. Para facilitar la participación de las personas con recursos económicos limitados, el salario por hora de formación se fijó en aproximadamente un 30% más del salario mínimo de la provincia de Ontario (10\$ la hora en comparación con los 6,85\$ por hora del salario mínimo). Mujer Sana también cubrió los costos de inscripción en la universidad y en el colegio comunitario, así como las tasas para el examen de ESL (Inglés como Segundo Idioma), requerido por la Universidad de Carleton. Las estudiantes recibieron bonos de bus, y algunas plazas gratuitas en el estacionamiento del centro comunitario. Se proporcionó servicio de cuidado infantil in situ para niños(as) en edad preescolar durante todas las sesiones regulares del curso, y también para niños(as) en edad escolar durante las sesiones de los sábados.

Mujer Sana proporcionó los materiales del curso de forma gratuita, lo que incluyó cuadernos, carpetas, agendas, carteras para los libros y copias de las lecturas. Dos de las computadoras del proyecto, con acceso a Internet y a impresora, fueron accesibles a las participantes, tanto en “horas de oficina” como en otros momentos, y aquellas que lo necesitaron recibieron ayuda del personal de Mujer Sana para aprender a utilizarlas. Se proporcionó equipo de video y de audio, y cintas para las estudiantes sin ningún costo, y se utilizaron para varias tareas, como en las prácticas de técnicas de entrevistas. La biblioteca de recursos del proyecto (libros, artículos, panfletos y folletos) también estuvo disponible para todas las participantes.

Las potenciales estudiantes fueron seleccionadas en mayo, y sus necesidades de formación se evaluaron en junio. El conocimiento de inglés se identificó como un área que necesitaba apoyo, especialmente en anticipación al requerimiento del examen de ESL para la Universidad de Carleton. El proyecto ofreció a las participantes que lo necesitaran, la oportunidad de mejorar sus conocimientos de inglés en el verano, antes de que el curso comenzara en septiembre. Hubo una pequeña instrucción de grupo, un examen práctico, y tutorías individualizadas para tareas de ESL a lo largo de los meses de verano.

Horario del curso

La mayoría de las clases tuvieron lugar en el Centro de Salud Comunitaria Centretown, situado en el centro urbano de Ottawa, con buen servicio de acceso en bus y sala de cuidado infantil. Cuando se celebraron salidas de visita a otros puntos se organizó el transporte desde el centro. Algunas de las sesiones tuvieron lugar en el campus del Algonquin College y en la biblioteca de la Universidad de Carleton.

Debido a las múltiples responsabilidades de las participantes, los horarios se diseñaron tomando en cuenta la disponibilidad de las PSCs, así como la disponibilidad de las instructoras y de las aulas en el centro de salud. Algunas personas (tanto estudiantes como instructoras) fueron capaces de ajustar las horas en sus respectivos lugares de trabajo durante la duración del curso; otras tenían empleos que no permitían ninguna flexibilidad. Ponernos de acuerdo en los horarios no fue una tarea fácil, y requirió de muchos compromisos. El horario definitivo de cada semana consistió en dos sesiones de medio día cada una (una por la mañana y otra por la tarde) y una sesión de noche. Hubo cuatro sesiones de día completo en cuatro ocasiones, todas en sábado.

Las instructoras estuvieron disponibles en horas de oficina preestablecidas, y además buscaron tiempo disponible inmediatamente después de las sesiones, y también con cita previa. Las instructoras respondieron a las preguntas planteadas, ayudaron a las participantes con sus tareas, y les brindaron apoyo personal.



Bilingüismo

El curso se desarrolló tanto en español como en inglés. La Escuela de Trabajo Social requiere que haya un mínimo de dos personas disponibles para evaluar las tareas que se entreguen en un idioma que no sea inglés. Como dos de las instructoras eran perfectas hispanohablantes, las estudiantes pudieron optar por presentar hasta la mitad de sus tareas en español.

El trabajo de las Promotoras de Salud Comunitaria (PSCs) con las mujeres de la comunidad requiere conocimiento del español. La comunidad hispana de Ottawa está compuesta de personas de muchos países. Una de las metas del curso era conseguir que las instructoras y las estudiantes trabajaran juntas para desarrollar un vocabulario consistente, y para utilizar términos técnicos y relacionados con la salud de forma que fueran comprendidos por la mayoría de la comunidad.

Las PSCs también trabajaron en inglés: ellas representaron a las clientes en instituciones y proveedores de servicios de habla inglesa. Las PSCs también tuvieron que leer información sobre temas de salud en inglés, y participar en reuniones del proyecto y de la comunidad. Además, muchos de los trabajos mejor pagados en Canadá requieren un alto conocimiento de inglés hablado y escrito. Uno de los propósitos del curso fue mejorar los niveles de inglés de las estudiantes.

Para conseguir estas metas, se usaron lecturas y recursos tanto en español como en inglés. En muchas ocasiones se revisaron y resumieron en clase los textos que había que leer en inglés. Las instructoras se aseguraron de que toda la información clave estuviera traducida a ambos idiomas. Se animó a que las estudiantes se expresaran en inglés, pero muchas de las discusiones se llevaron a cabo en español. Se presentó una parte de cada sesión en español, para asegurar que todo el mundo comprendía los conceptos. Algunos(as) de los(as) profesionales que fueron invitados(as) al curso hablaban tanto inglés como español, y podían alternar entre los dos idiomas para responder a todas las preguntas pertinentes. Se desarrolló un "diccionario de clase" para cada sesión, escribiendo sobre un panel una lista con las palabras que resultaran desconocidas en inglés o en español.

Las instructoras proporcionaron ayuda adicional a todas las estudiantes en sus tareas de composición en inglés, incluso otorgando varias oportunidades para corregir sus trabajos en un formato de borrador, antes de entregar la copia para la calificación final. Se añadieron dos talleres de medio día cada uno al curso, enfocados en mejorar los conocimientos de inglés escrito y las técnicas de composición de ensayos "académicos". Casi todas las estudiantes participaron en estos talleres.

Componentes de la formación

El curso estuvo compuesto por cuatro componentes principales:

- Promoción de salud con un enfoque en la detección temprana de cáncer cérvico-uterino y de mama.
- Comunicación y servicio de apoyo a la compañera
- Métodos de investigación participativa
- Desarrollo comunitario

Se asignó un número equivalente de horas de instrucción para cada componente. Se diseñaron algunos de los contenidos de los cursos, de manera que, se integraran unos con otros: por ejemplo, las estudiantes aprendieron y practicaron las técnicas de entrevista como parte del componente de comunicación, y también como parte del módulo de métodos de investigación participativa.

Sesiones de formación

Para que las sesiones de formación fueran lo más accesibles y variadas posibles, utilizamos un abanico de técnicas de instrucción y de formación, educación de adultos y participación de grupos. Cada sesión comenzó con una actividad de calentamiento o de "romper el hielo", con el fin de introducir el tema clave. Por



ejemplo, para introducir la sesión de habilidades de receptora activa, realizamos una corta actividad de calentamiento en la que las estudiantes se dispusieron en pares y siguieron las instrucciones que tenían en una tarjeta. Se instruyó a una persona de cada par para que adoptara un comportamiento que indicara no prestar atención como receptora, mientras que la otra persona tenía que hablar de lo que había hecho el fin de semana anterior. La discusión de las reacciones ante esta actividad condujo a una sesión sobre los elementos de la habilidad de una receptora activa. Esto es un ejemplo de cómo se pusieron en práctica los principios del “aprendizaje en base a experiencias” durante el curso.

Después de la actividad de calentamiento, se presentó la agenda para cada sesión en un panel y se revisaron las metas de aprendizaje. A veces se realizaron ajustes, dependiendo de las necesidades del grupo y de las problemáticas que fueran apareciendo. En general, las actividades de aprendizaje se diseñaron de manera que fomentaran un alto nivel de participación y de discusión, con el uso frecuente de pequeños grupos de trabajo. Se aplicaron una variedad de técnicas de aprendizaje para adultos, para incrementar las oportunidades de interacción entre las estudiantes, y para fomentar el intercambio horizontal de habilidades y conocimientos. Algunos de los métodos incluyeron el aprendizaje basado en los problemas del “caso” específico de una mujer, Doña Dolores, a través de diferentes episodios de su vida; o pintando murales que describieran a la comunidad hispana, haciendo las conexiones y los vínculos “visibles”; viendo y actuando en videos; utilizando juegos de rol y simulaciones; creando modelos de comportamientos específicos; realizando lecturas; llevando a cabo una investigación cuantitativa en la clase y realizando análisis estadísticos; desarrollando instrumentos para realizar entrevistas; analizando los materiales de recurso; llevando a cabo visitas guiadas; tests; sesiones de preguntas y respuestas; discusiones facilitadas; y presentaciones de las estudiantes (véase a continuación la sección tareas). La mayoría de las sesiones terminaron con una “ronda final”, en la que cada estudiante e instructora reflexionó sobre el aprendizaje de ese día. Durante la mayoría de las sesiones se utilizaron paneles con información detallada, para proporcionar una retrospectiva visual y para mejorar el vocabulario escrito y su utilización.

Recursos profesionales

En algunas clases se invitó a profesionales para hablar de temas específicos, lo que incluyó varias sesiones con enfermeros(as) practicantes y promotores(as) de salud profesionales del Centro de Salud Comunitaria Centretown (CCHC), quienes se centraron en temas de educación de salud específicos como el ciclo reproductivo, salud de los pechos, y detección temprana de cáncer. Además de esto, contamos con recursos profesionales de personas pertenecientes a organizaciones comunitarias importantes, quienes proporcionaron información en temas como el acceso a los servicios para inmigrantes; defensa de sus derechos; ética y confidencialidad; detección y confrontación de violencia contra mujeres; y seguridad en las visitas a domicilio. El/la médico de familia y el/la ginecólogo/a de nuestro [Comité Asesor](#) también presentaron sesiones de información importante sobre temas de salud, y estuvieron disponibles para responder a cualquier pregunta adicional que les surgiera a las PSCs. Las estudiantes visitaron varios lugares, como el [Programa de Servicios de cáncer de mama, Ontario Breast Services Programme](#), donde tuvieron visitas guiadas así como sesiones de preguntas y respuestas.

Tareas

Se asignaron tareas de varias índoles y con una frecuencia regular. Como a menudo sucede con estudiantes adultos(as), las participantes habían estado fuera del sistema de educación formal y de las aulas desde hace muchos años. Las estudiantes tenían tareas que hacer casi todas las semanas, lo cual supuso mucho trabajo, tanto para las participantes como para las instructoras, en su revisión y evaluación de los trabajos, pero también brindó muchas oportunidades para la retroalimentación y para la mejora de las habilidades de las estudiantes. El hecho de tener un gran número de tareas permitió la acumulación gradual de “puntos” hacia una calificación final, lo que supuso una manera más realista de valorar las habilidades prácticas que si se hubiera hecho un examen o un trabajo final al momento de terminación del curso.

La variedad en la naturaleza de las tareas también permitió que cada estudiante mostrara sus puntos fuertes en diferentes áreas. Los proyectos fueron tales como los tradicionales trabajos escritos y exámenes a libro



abierto; actividades de investigación determinadas; grabación en video de juegos de rol; presentaciones orales; y actividades de facilitación de grupo.

Se entregó a las estudiantes una lista detallada de las expectativas y del [criterio de evaluación](#) con anterioridad a cada tarea, para que todas las participantes supieran claramente cómo se estaba evaluando y calificando cada trabajo. Los criterios de calificación cumplieron todos los requisitos de la Escuela de Trabajo Social y del Algonquin College. Para asegurarnos de que era una evaluación justa, y para proporcionar más retroalimentación a las estudiantes, cada tarea se evaluó de forma independiente por al menos dos de las instructoras, y cualquier diferencia o pregunta se discutió entre todas las instructoras, antes de determinar la calificación final.

Evaluación de la formación

Como se trataba de la primera vez en que se ofrecía este curso de formación, y constituía una parte integral del proyecto de demostración, quisimos averiguar el éxito real del curso. Teníamos muchas preguntas, tales como: ¿En cuánto aumentaron los conocimientos y las habilidades de las estudiantes?, ¿Las participantes estuvieron contentas con su nivel de participación?, ¿Estaba justificada la inversión que se hizo en recursos y apoyos?, ¿Hasta qué punto fueron efectivas las estrategias para incorporar el bilingüismo al trabajo del curso?, ¿Ayudó la baja proporción de estudiantes por instructora a un mejor proceso de aprendizaje?, ¿Se alcanzaron las metas y expectativas marcadas inicialmente por instructoras y estudiantes?, ¿De qué manera se podía mejorar el curso de formación?.

Utilizamos una variedad de métodos para evaluar la formación, tales como recolección de datos de conocimiento de base y del conocimiento posterior a la formación de las estudiantes; [cuestionarios anónimos](#) para las estudiantes; discusiones abiertas de evaluación que fueron grabadas, con y sin las instructoras presentes, y una entrevista de grupo con las instructoras.

Graduación de las Promotoras de Salud Comunitaria

Todas las estudiantes completaron satisfactoriamente los requisitos del curso, y se “graduaron” en diciembre de 2001. Recibieron dos medios créditos de cursos al nivel de segundo año universitario de la Escuela de Trabajo Social, y un certificado en “Promoción de Salud Comunitaria” del Algonquin College. Para celebrar estos logros, hubo una recepción para la comunidad y se realizó una ceremonia formal de graduación. Hubo más de cien personas presentes en la ceremonia de graduación, y este evento marcó un hito importante en la visibilidad del proyecto Mujer Sana-Comunidad Sana en la comunidad hispana de Ottawa.

Los logros de las estudiantes, y de las familias y amigos(as) que las apoyaron durante las largas y duras horas de trabajo del curso fueron reconocidos durante esta ceremonia. Esta actividad aumentó la visibilidad de estas “ayudantes naturales” en la comunidad y validó sus nuevas habilidades. El evento también marcó el momento de transición de la etapa de formación a la etapa de programación: ahora once “ayudantes naturales” estaban preparadas para comenzar su trabajo como educadoras de salud e investigadoras participativas. Fueron presentadas formalmente a la comunidad como las recién formadas Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas con Mujer Sana-Comunidad Sana.

Formación continua

La formación de las Promotoras de Salud Comunitaria no terminó cuando acabó el curso de formación. Además del desarrollo de habilidades prácticas con la experiencia real de trabajo, se llevaron a cabo sesiones de formación extraordinarias durante los primeros meses de 2002. Estas sesiones incluyeron orientación y requisitos para trabajar en un centro de salud comunitaria, seguridad y salud en el trabajo; y varios apuntes recordatorios en temas de educación de salud, técnicas de entrevista, y estrategias para alcanzar a mujeres.



Una enfermera del Programa de Acción contra el Cáncer de Mama Extendiendo el Cuidado a la Comunidad (*Breast Cancer Action Extending the Caring Community Program*) se reunió con las PSCs/IPs en dos ocasiones para proporcionar más formación en cáncer de mama. Tanto una enfermera practicante como el/la doctor/a de habla hispana recientemente contratado(a) por el Centro de Salud Comunitaria Centretown (CCHC) se reunieron con las promotoras para discutir cuestiones más complicadas que iban a surgir en su trabajo con mujeres, especialmente relacionadas con exámenes de Papanicolau y de detección de cáncer cérvico-uterino. Una trabajadora social de habla hispana, miembro del Comité Asesor, también instruyó una sesión sobre capacidades de co-facilitación, en respuesta a problemáticas que se habían identificado a lo largo de los talleres.

La formación ha sido un componente que de hecho ha estado presente a lo largo de todo el ciclo de programación del proyecto Mujer Sana. Durante los primeros doce meses de las actividades de programación, inmediatamente posteriores a la fase de formación, se revisaron, practicaron y reforzaron las habilidades de investigación en reuniones semanales con las “[madrinas](#)” de LAZO involucradas en el proyecto. Posteriormente, el contenido de estas reuniones fue variando para incluir otras áreas donde se necesitaba apoyo. A medida que se fueron identificando áreas donde se necesitaba fortalecer las capacidades, los miembros del proyecto respondieron, y apoyaron el desarrollo de habilidades de muchas maneras. Por ejemplo: La coordinadora del proyecto proporcionó muchas horas de formación individual a aquellas PSCs que no estaban familiarizadas con las gestiones burocráticas de una institución como un centro de salud comunitaria. Como otro ejemplo, las PSCs fueron formadas por las co-investigadoras del proyecto para utilizar programas asistidos por computadora, para llevar a cabo análisis cuantitativos y cualitativos. Por lo tanto, fueron capacitadas para participar activamente en la codificación, el análisis y la presentación de los resultados clave de la investigación. Una co-investigadora y una promotora de salud del CCHC que trabajaron de cerca con el grupo se encargaron de revisar con las participantes las habilidades de facilitación y presentación. Las técnicas de producción de textos en inglés también se vieron reforzadas, la co-investigadora encargada de desarrollar la página Web del proyecto trabajó con las PSCs para guiarles y darles feedback individual mientras escribieron los [relatos](#) acerca de sus experiencias.

Esta formación continuada ha sido multi-direccional: Por ejemplo, las PSCs han ayudado a los(as) empleados(as) del CCHC a comprender a la comunidad hispana, aprender a organizar ferias comunitarias exitosas, practicar diversos estilos de comunicación, y descubrir los puntos fuertes y los retos de trabajar con una organización de estructura horizontal como LAZO. Las co-investigadoras han aprendido de las PSCs una variedad de métodos innovadores para alcanzar a la comunidad. Todas nos hemos ayudado las unas a las otras para aprender a trabajar mejor en partenariatio, cómo escuchar varios puntos de vista, de qué manera negociar y adquirir compromisos, cómo mejorar la eficacia de las reuniones, cómo comunicarnos en un ambiente bilingüe, ¡y cómo cantar “Cumpleaños Feliz” en varias lenguas!

g. Vincular la investigación a la práctica

Como se explicó en el [marco conceptual](#), Mujer Sana/Comunidad Sana utilizó un enfoque de [investigación participativa de acción](#). Como miembros de LAZO, las participantes de la comunidad hispana estuvieron implicadas desde el principio en el diseño del proyecto. Las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas (PSCs/IPs) participaron en todos los comités del proyecto incluido el [comité de investigación](#) proporcionaron ideas en el [diseño de investigación](#); colaboraron en el desarrollo de instrumentos de recogida de datos, y, como [parte de su trabajo](#), recolectaron, analizaron, y realizaron informes sobre los resultados de la investigación. Una de las organizaciones participantes en el proyecto, el Centro de Salud Comunitaria Centretown, quien participó de igual manera que los otros socios, también fue sujeto de investigación y de cambio a través del [estudio de casos](#).

Beneficios de vincular la investigación a la práctica

Los vínculos directos entre las [tareas de investigación](#) y la [programación de actividades de promoción de salud](#) se fueron haciendo más evidentes a todos los miembros del proyecto a medida que éste se fue desarrollando. Por ejemplo, las preguntas que formularon las mujeres con las que las PSCs/IPs estaban en contacto, y las problemáticas identificadas por la comunidad a través de la retroalimentación del comité, se reflejaron siempre que fue posible en las preguntas planteadas en la investigación, influyeron en los diseños



de las herramientas y de las estrategias, y ayudaron a establecer las prioridades para el análisis de los resultados. Las habilidades que aprendieron las PSCs/IPs al llevar a cabo exitosamente las [entrevistas de investigación exhaustivas](#) con preguntas abiertas, fueron aplicadas directamente a la práctica con los contactos individuales de promoción de salud realizados con mujeres de la comunidad. Durante el proceso de encuesta a la comunidad, las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas aprovecharon esta oportunidad para determinar la [fase de cambio](#) en la que se encontraba cada mujer con respecto a la detección temprana de cáncer de mama y cérvico-uterino, y respondieron con la información de salud apropiada para cada caso, las estrategias de apoyo adecuadas, y enviando a cada mujer a los servicios correspondientes a sus necesidades. Como otro ejemplo, los datos recolectados por las personas que acudieron al [festival de la salud](#) nos proporcionaron una idea de cuáles habían sido las técnicas de las PSCs/IPs de alcance a la comunidad que mejor habían funcionado para atraer a las mujeres a este evento, y condujo al intercambio de habilidades y a la mejora de estrategias entre las PSCs/IPs. Los análisis preliminares de la encuesta a la comunidad nos condujeron a identificar otras áreas de salud de necesidad en la comunidad (como diabetes, depresión), lo cual ayudó al [comité de transferencia y sostenibilidad](#) a establecer sus prioridades para actividades futuras. La revisión de los historiales médicos del Centro de Salud Comunitaria Centretown condujo a cambios en las prácticas registradas de los(as) practicantes del área de salud de Atención Primaria, recogiendo información más específica con relación a la educación en detección temprana de cáncer.

Diseño de la evaluación

El [diseño de la evaluación](#) refleja el tipo de programa que se estaba evaluando. Como el proyecto Mujer Sana - Comunidad Sana fue exploratorio y participativo, la evaluación fue exploratoria y participativa. Las actividades de evaluación fueron continuas: Por ejemplo, después de llevar a cabo con éxito un taller comunitario, las PSCs/IPs y la Promotora de Salud profesional de apoyo aprendieron a utilizar la estrategia de evaluación de la investigación consistente en diseñar modelos lógicos y formularios de encuesta para el final de los talleres. Esto las ayudó a preparar los siguientes talleres, y a recolectar datos más útiles y precisos. Se hizo un sumario con todos los resultados de la evaluación de la formación, de los eventos y de las actividades, y se discutieron lo más pronto posible después de cada acontecimiento. Los resultados preliminares de las encuestas a la comunidad, combinados con las entrevistas, y las revisiones de los historiales médicos, supusieron una continua retroalimentación para el diseño de la siguiente serie de actividades del programa y de alcance a la comunidad.

Reuniones de equipo

El grupo de las PSCs se reunió semanalmente para evaluar sus prácticas y para planificar los pasos siguientes a realizar. Hicimos un diseño de los mecanismos de evaluación para cada [actividad de programación](#), como eventos, talleres, exposiciones en Centros Comerciales, clases de ESL (Inglés como Segundo Idioma), contactos individuales, y presentaciones. El primer paso siempre consistió en tener discusiones participativas en las que se clarificaran los objetivos principales: ¿Qué esperábamos conseguir?. El segundo paso fue encontrar la mejor forma de determinar si habíamos alcanzado esos objetivos; priorizar la información que queríamos recoger, y decidir de qué manera hacerlo (por ejemplo, encuestar a las participantes; observar los diferentes comportamientos; entrevistarse las unas a las otras). Después de cada evento fuimos capaces de determinar si nuestros objetivos se habían cumplido. Al trabajar de un modo participativo, en muchas ocasiones pudimos identificar efectos inesperados de una actividad, y comprender el contexto y las circunstancias que afectaron los resultados. De este modo, se fueron recogiendo datos de evaluación a lo largo de todo el proyecto. Los planes de trabajo se fueron ajustando gracias a las nuevas perspectivas que iban apareciendo. Por ejemplo, la revisión exhaustiva a mitad del proyecto de las actividades de promoción de salud llevadas a cabo por las PSCs/IPs sugirió que muchas se habían concentrado más en actividades de alcance en grupo, realizando talleres y presentaciones, que en hacer seguimientos individuales. Como resultado, durante los meses siguientes nos dedicamos a concentrar los recursos en apoyar actividades de seguimiento individual con las mujeres, proporcionarles información de salud, enseñarles cómo realizar un auto-examen de mama (*BSE, breast self examination*) y evaluar si las mujeres habían o no podido acudir a sus revisiones anuales.



Para más información en investigación y práctica, diríjase a [tareas de investigación](#) y [tareas de promoción de salud](#).

Tareas de investigación

Como este proyecto de investigación fue un proyecto de demostración, se reunieron una gran cantidad de datos, utilizando una variedad de métodos cuantitativos y cualitativos. Algunos de estos métodos fueron los siguientes: Entrevistas en grupo e individuales, formularios de encuesta, sesiones de grupos focales, registro de actividades, revisión de historiales médicos, observación participativa, y revisiones de todos los documentos del proyecto. Encontrará una descripción detallada del [diseño de investigación](#) para el proyecto de demostración Mujer Sana/Comunidad Sana en otra sección. Algunas de las actividades clave de la investigación están descritas a continuación.

Entrevistas exhaustivas con mujeres hispanas

Las Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas (PSCs/IPs) llevaron a cabo 33 [entrevistas exhaustivas](#) con otras mujeres hispanas de Ottawa. Hablaron con las mujeres sobre la historia de inmigración de sus familias, su situación actual, estado de salud, integración social, participación en la comunidad, y el estrés que estuvieran sufriendo, así como sus prácticas de detección temprana de cáncer y sus barreras para usar los servicios de salud. El [plan de entrevistas] en español se diseñó durante el [curso de formación] mediante un proceso participativo y colectivo en el que colaboraron todas las PSCs/IPs. Los retos que tuvimos que afrontar incluyeron elegir el lenguaje y los términos que serían apropiados para las mujeres de los 20 países de habla hispana que residen en Ottawa.

Como las Promotoras de Salud Comunitaria también eran Investigadoras Participativas, practicaron técnicas de entrevista, incluidas las técnicas de receptora activa, exploración y objetividad. También aprendieron a utilizar correctamente los protocolos para obtener consentimiento explícito de las mujeres entrevistadas, cómo mantener la confidencialidad, y cómo asegurar la calidad técnica de la grabación de la entrevista. Cada una de ellas hizo la transcripción de sus propias entrevistas, y aprendieron sobre las nociones de precisión, anotación apropiada y la estructura de una transcripción cualitativa.

El hecho de que las propias mujeres de la comunidad llevaran a cabo estas entrevistas con sus compañeras, en vez de ser solamente utilizadas como "sujetos" de la investigación, proporcionó perspectivas únicas sobre la realidad de las mujeres hispanas de Ottawa, y reforzó el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad de manera muy significativa. Según una PSC/IP:

"Lo mejor de esto es que somos parte del grupo de personas que podrían haber sido entrevistadas. Formamos parte de la misma comunidad, a la vez somos las entrevistadoras. La manera en que [el proyecto] ha tratado de integrarnos es admirable. ¡Somos propiamente el grupo quienes lo estamos llevando a cabo! No estamos ahí de la misma manera que en otros proyectos, en los que vienen de la universidad para averiguar esto o lo otro. No. Nosotras, como mujeres, somos parte de la comunidad hispana, latinoamericana de Canadá."

Análisis de las entrevistas

Un grupo de 5 PSCs/IPs y dos co-investigadoras emprendieron la tarea de analizar estas entrevistas. Trabajando juntas, desarrollamos un marco de trabajo de codificación y un sistema manual de índices. Dos PSCs/IPs aprendieron a utilizar NUD*IST, un programa asistido por computador para el análisis de los datos cualitativos, con la ayuda de uno de los socios; la Unidad de Investigación de Salud Comunitaria. Esto ayudó al grupo a clasificar, filtrar, y hacer un sumario de los resultados. Los resúmenes de estos resultados preliminares se presentaron entonces a todo el grupo de PSCs/IPs para su discusión y su verificación colectiva.

Diríjase a la sección de [Resultados de las entrevistas y encuestas a mujeres hispanas](#) para mayor información sobre los resultados de estas entrevistas.



Encuesta a las mujeres hispanas

Las Promotoras de Salud Comunitaria también utilizaron sus habilidades como Investigadoras Participativas para llevar a cabo una extensa [encuesta](#) de 90 preguntas sobre detección temprana de cáncer, conductas generales de salud, y aculturación. La encuesta incluyó cuestiones adaptadas de la versión española de otra encuesta originalmente desarrollada para el proyecto "Pathways" del Centro de Cáncer de California Norte en Estados Unidos¹ (*the Northern California Cancer Centre*), así como preguntas originales desarrolladas para esta investigación. En el proceso de adaptación de estas preguntas, comprendimos la importancia de tener en cuenta las diferencias entre los sistemas de salud de los dos países, y su impacto en los conceptos utilizados y en las alternativas ofrecidas en un cuestionario sobre prácticas de salud. También notamos algunas diferencias importantes en el tipo de vocabulario y el nivel de español que se podía considerar apropiado para una encuesta a las comunidades de ambos países (Estados Unidos y Canadá). Después de que se desarrollara y se hiciera una prueba piloto con la encuesta de Mujer Sana, las PSCs/IPs encuestaron satisfactoriamente a 212 mujeres hispanas en un período de dos meses. Nuestras asistentes de investigación hispanohablantes digitaron la información de las encuestas en una base de datos en el programa computacional SPSS. Se desarrollaron y discutieron cuadros de sumarios preliminares en varios puntos clave del proceso, primero entre las PSCs/IPs y las co-investigadoras, y luego con todos los miembros del proyecto, para ayudar a comprender el significado de los resultados y para encontrar maneras de integrar nuevos aprendizajes a la práctica.

Referencias:

- 1) Pasick, R.J., D'Onofrio, C.N. & Otero-Sabogal, R. (1996). Similarities and differences across cultures; questions to inform a third generation for health promotion research. *Health Education Quarterly*, 23 (Supplement), S142-S161

Reflexiones sobre las entrevistas y notas de seguimiento

Después de cada entrevista, las PSCs/IPs utilizaron un formulario (incluyendo preguntas de forma abierta y cerrada) para relatar sus reflexiones sobre cada entrevista, evaluar las necesidades de información o de apoyo en relación a la conducta de detección temprana de cáncer, e identificar cualquier otra problemática o necesidad adicional, o problemas mencionados anteriormente. Esta información fue utilizada para ayudar a las PSCs/IPs a hacer un plan de seguimiento, remitir información adicional, o enviar a la entrevistada a los servicios de la comunidad. Dos PSCs/IPs trabajaron con una co-investigadora para codificar y cuantificar la información de las notas de la entrevista, y digitaron la información en una base de datos Excel que también ayudaron a desarrollar. Todo el equipo de PSCs/IPs revisó el sumario de la información, y todas participaron en discusiones de grupo para analizar algunos de los resultados, y comprender mejor los tipos de problemas a los que se tenían que enfrentar al trabajar con mujeres en situaciones marginales.

Diríjase a [Resultados de las entrevistas y encuestas a mujeres hispanas](#) para mayor información sobre los resultados obtenidos.

Registro de Actividades

Todas las PSCs/IPs llevaron un [registro mensual](#) en español sobre las actividades que habían llevado a cabo. Se desarrollaron y adaptaron a lo largo de la historia del proyecto varios formatos para estos registros. Las áreas clave para reflexión incluyeron los retos de alcanzar y contactar a las mujeres; trabajo en la comunidad; trabajo dentro del partenariado; trabajo en equipo; crecimiento y desafíos personales. Los registros fueron un elemento más en la formación continua de las PSCs/IPs. Estos registros ayudaron a las PSCs/IPs a comprender la importancia de documentar y reflexionar sobre sus prácticas. Al principio, las PSCs/IPs encontraron difícil seguir las diferentes maneras en que tenían que documentar sus actividades. Al final, no sólo habían aumentado sus habilidades para confeccionar informes, sino que también comprendían la importancia que llevar un registro de cómo se habían ido desarrollando sus prácticas tenía para el proyecto, y para las demás. Los registros fueron analizados, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos.



Estos han probado ser una fuente rica de información sobre los sistemas de envío de las mujeres a servicios de salud, las respuestas de las instituciones, el desarrollo de un equipo de trabajo, las relaciones con el centro comunitario, la respuesta de la comunidad, y las estrategias de alcance a la comunidad. Visite la sección de [resultados clave](#) para más información.

Registro de clientes del CCHC

Esperábamos que las [actividades de promoción de salud](#) tuvieran un impacto positivo en el número de mujeres hispanas que visitaran el Centro de Salud Comunitaria. Necesitábamos recoger información sobre las clientes del CCHC (tanto de la parte clínica como de promoción de la salud) antes de que comenzara el proyecto, para luego comparar las cifras con el número de clientes que fueron atendidas durante y después del proyecto. Con este propósito, hemos revisado los registros de visitas, tanto los preliminares como los posteriores a la intervención. La recolección de datos del CCHC fue todo un reto, y se presentaron un número de problemas técnicos inesperados, que sin embargo fueron resueltos satisfactoriamente. Por ejemplo, Mujer Sana/Comunidad Sana no pudo acceder directamente a los sistemas informáticos y a las bases de datos utilizadas por el CCHC para llevar un seguimiento de las clientes y actividades; tampoco los sistemas estaban diseñados para responder prontamente y con suficiente precisión a las necesidades de análisis de datos del proyecto. Eventualmente, el proyecto tuvo que desarrollar su propia base de datos, y un sistema separado para el registro de los datos y su análisis (lo que requirió un doble registro de toda la información relevante de los historiales médicos, y de los formularios de visita de todas las clientes). Tomar conciencia de algunas de estas limitaciones del sistema de CCHC puede llevar a cambios positivos y a mejoras en los sistemas informáticos del centro (véanse los resultados del estudio de casos, en los [resultados clave](#)). Otro desafío fue el hecho de que los datos de lengua materna y origen étnico recogidos de forma rutinaria por el CCHC no eran comparables a las categorías del Censo de 2001. Los [formularios estándar de visita](#) tuvieron que ser adaptados para reflejar estas categorías, y ahora se utilizan para todos(as) los(as) nuevos(as) clientes. Esto hará posible que en el futuro el CCHC pueda comparar mejor su clientela con los residentes de su área de captación, con respecto a variables importantes como origen étnico y lengua materna.

Hasta enero del 2003 hemos digitado exitosamente los datos sobre la lengua materna, el origen étnico y la "Revisión del bienestar de la Mujer" (Well Woman Check-up) de 735 mujeres que asistieron a consulta a la sección de Atención Primaria de CCHC. También hemos registrado los datos de lengua materna y origen étnico de 574 clientes que asisten a actividades de promoción de la salud. Los datos posteriores a la intervención continúan registrándose hasta marzo de 2003, para su posterior análisis una vez haya finalizado la fase de demostración del proyecto (véanse lo [resultados clave](#)).

Revisión de los historiales médicos

Una medida importante del impacto del proyecto en el CCHC es el hecho de que más mujeres hispanas van a acudir a una "Revisión del Bienestar de la Mujer", que incluye exámenes de detección temprana de cáncer cérvico-uterino y de mama, así como el envío a especialistas. Con la cooperación de las enfermeras y de una asistente a la investigación de origen hispano, se revisaron los historiales médicos de todas las mujeres que habían tenido una "Revisión del Bienestar de la Mujer" en el CCHC durante el año anterior al comienzo del proyecto. Se nos presentó una dificultad imprevista, los(as) nuevos(as) pacientes no tuvieron posibilidad de hacer citas con los(as) doctores(as) del CCHC desde septiembre hasta diciembre de 2001, debido a la insuficiencia de médicos disponibles. Reconociendo la importancia de asegurar el acceso de nuevas clientes de la comunidad hispana al área de Atención Primaria de salud durante la duración del proyecto, el CCHC hizo una excepción con las mujeres enviadas a través de Mujer Sana. Una enfermera practicante podría ver a estas mujeres. De cualquier modo, la falta de acceso para nuevos pacientes durante ese período obligó a hacer un reajuste en las estrategias de recolección de datos y análisis

Desde el comienzo de la revisión de los historiales médicos también se hizo evidente que cada doctor(a) y cada enfermero(a) practicante tenía un método diferente de anotar y documentar los procedimientos del examen del Papanicolau y de la enseñanza del auto-examen de mama en la hoja de "revisión del bienestar de la mujer". Esto no hacía fácil el registro de estos datos. Por consiguiente, las co-investigadoras entrevistaron a los(as) practicantes del área de Atención Primaria, hicieron sugerencias, e invitaron a la responsable de dicha área a expresar sus sugerencias, para determinar si los métodos de registro podrían cambiarse para acomodar las necesidades de documentación sistemática del proyecto. Los(as) practicantes



de la salud fueron muy abiertos(as) a la hora de colaborar con el proyecto, y estuvieron de acuerdo en utilizar una nueva [lista de anotaciones](#) para registrar la información sobre exámenes clínicos de pecho, envíos a las clínicas de mamografías, y exámenes de Papanicolaou. Esto es otro ejemplo del diálogo continuo entre la investigación y la práctica a lo largo del proyecto.

Registro de visitas al Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama de Ontario (OBSP, Ontario Breast Screening Program).

Otra medida de impacto del proyecto fue el hecho de que más mujeres hispanas mayores de 50 años fueron a realizarse mamografías de detección temprana de cáncer. El Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama de Ontario (OBSP) es una de las organizaciones claves que ofrece este servicio con financiamiento público en Ottawa. El programa supuso una colaboración muy importante para el proyecto Mujer Sana - Comunidad Sana. Queríamos datos de línea de base sobre las clientes que el OBSP había servido antes de la implementación del proyecto, para compararlo con las cifras de clientes servidas durante y después de la fase de demostración del proyecto. Desgraciadamente, los datos de línea de base sobre lengua materna y origen étnico no estuvieron disponibles, ya que el OBSP no exponía estas preguntas en sus formularios de visita. Sin embargo, el OBSP estuvo de acuerdo en agregar un formulario con las preguntas sobre lengua materna y origen étnico para ser entregado a cada clienta con sus formularios comunes de registro de visita. Estos nuevos formularios de registro de visita también se tradujeron al francés y español. La recolección de datos en el Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama de Ontario (OBSP) progresó muy bien. Se digitaron los datos de más de 2000 clientes en una base de datos SSPS. La recogida de datos para el proyecto Mujer Sana Comunidad Sana continuó hasta enero del 2003. Los datos serán analizados una vez sea completada la fase de demostración del proyecto. Diríjase a [resultados clave](#) para mayor información.

Sesiones de Grupos Focales con Proveedores de Servicios

Mujer Sana/Comunidad Sana también tuvo como objetivo realizar intervenciones que eliminaran las barreras de acceso a las organizaciones proveedoras de servicios de salud y otros. Para comprender mejor en qué consistían estas barreras desde el punto de vista de las propias organizaciones, se llevaron a cabo dos sesiones de grupos focales con proveedores de servicios al comienzo del proyecto en el verano de 2001. Varios miembros de LAZO (quienes después se convirtieron en Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas) ayudaron a desarrollar las [preguntas de las sesiones de grupos focales](#); y tomaron las notas pertinentes durante las discusiones de las sesiones de grupos focales. Estas discusiones fueron grabadas y transcritas. Los miembros de LAZO, dos co-investigadoras, y una estudiante de doctorado en prácticas de verano del programa de enfermería de la Universidad de Ottawa trabajaron juntas en el análisis de los resultados de las sesiones de grupos focales. Una selección de los resultados de las sesiones de grupo focales pueden ser consultadas en la sección de [resultados clave](#).

Estudio de casos del CCHC

El Centro de Salud Comunitaria Centretown no sólo fue un socio administrativo en el proyecto Mujer Sana/Comunidad Sana; también allí estaban las oficinas del proyecto, donde tuvieron lugar muchas de las actividades, y fue el centro para un "estudio de casos". El enfoque del estudio de casos era el de comprender si un centro de salud comunitaria puede ir cambiando, y de qué modo lo haría, como resultado de participar como socio en la implementación de un proyecto de demostración de estas características, orientado en la acción y en la participación, y de base comunitaria. Esperábamos ciertos cambios, como la toma de conciencia por parte de los(as) empleados(as) del centro sobre las problemáticas a las que se enfrentan las mujeres de minorías étnico-raciales cuando tratan de acceder a los servicios de salud; una mayor representación de las diferentes comunidades étnico-culturales en el personal del centro; y más información y contactos entre los(as) empleados(as) y la comunidad hispana

Se revisaron los documentos de la política del centro. Las investigadoras del proyecto y las estudiantes de doctorado en prácticas de verano del programa de enfermería de la Universidad de Ottawa entrevistaron a empleados(as) seleccionados del CCHC. Se llevó a cabo una [encuesta del personal](#) en febrero de 2002 y se repitió la encuesta un año después. Se captaron los puntos de vista de las PSCs a través de sus registros de



prácticas y fueron incorporados al estudio de caso. Algunos de los [resultados clave](#) están incorporados como parte del informe sobre el estudio de casos.

Evaluación del proyecto

Además de la [evaluación continua](#), y de la información recogida a lo largo del proyecto, también llevamos a cabo una evaluación final del proyecto. Por favor diríjase a los [resultados clave](#). Utilizamos una variedad de métodos para recabar los datos de la evaluación. Algunos métodos se describen a continuación:

● **Encuestas de post-intervención con las participantes del programa:**

Se efectuaron encuestas telefónicas de seguimiento en español con una muestra aleatoria de las mujeres que habían participado en las actividades del programa. Las encuestas se centraron en la detección temprana de cáncer, conductas generales de salud, y en las experiencias de las mujeres con los servicios ofrecidos por Mujer Sana.

● **Entrevistas exhaustivas con PSCs:**

La función de las PSCs/IPs fue vital: Vincular a los miembros de la comunidad con los servicios de salud. Para valorar cómo, y si este enfoque había funcionado bien, era crucial escuchar directamente lo que las PSCs/IPs habían experimentado, qué pensaban de su participación, y si habían sentido que era un esfuerzo que merecía la pena continuar. Se celebraron entrevistas exhaustivas, en persona y en español, por un miembro de la comunidad que no había estado directamente trabajando o involucrado (a) con el proyecto Mujer Sana/Comunidad Sana. Se eligió a esta entrevistadora para asegurar que las PSCs/IPs pudieran expresarse con más libertad que si hubieran sido entrevistadas entre ellas o por las co-investigadoras. Las entrevistas se centraron en su trabajo de promoción de salud y de investigación participativa en la comunidad; su papel trabajando con un centro de salud comunitaria; sus planes para el futuro; y su propio crecimiento personal.

● **Encuesta a los miembros de Comité Asesor**

El Comité Asesor participó en el desarrollo de indicadores específicos de la capacidad de la comunidad en relación a este proyecto. Estos indicadores se utilizaron para diseñar preguntas adicionales en la encuesta, y se envió a todos los individuos que habían participado en el Comité Asesor durante el periodo del proyecto de demostración.

● **Evaluación del partenariado**

Hubo revisiones dinámicas periódicas, y una evaluación de los roles, tareas, funciones, metas y propósitos del partenariado, a lo largo de toda la vida del proyecto, durante reuniones regulares y extraordinarias del Equipo del Proyecto. Esto fue documentado en minutas, informes interinos, transcripciones de las discusiones grabadas durante las reuniones, y muchos otros documentos internos. Así mismo, cada uno de los cuatro grupos participantes respondió a una serie de preguntas específicas, desarrolladas por el socio que lideró la evaluación, y que estaban enfocadas a descubrir cómo este insólito partenariado entre organizaciones tan diferentes entre sí había evolucionado, y si había funcionado de modo satisfactorio.

h. Actividades de promoción de la salud y su alcance

Las Promotoras de Salud Comunitarias/Investigadoras Participativas (PSC/IPs) llevaron a cabo muchas actividades diferentes de promoción de la salud. El propósito de estas actividades fue promocionar una mejor educación de salud y contacto con las mujeres hispanas del área de Ottawa. En este proceso, las PSC/IPs establecieron y renovaron vínculos entre la comunidad y las organizaciones de servicios de salud; animaron a la comunidad para participar en las actividades de promoción de la salud del Centro de Salud Comunitario Centretown (CCHC) en otras áreas aparte de la detección temprana de cáncer; y aumentaron la visibilidad de Mujer Sana Comunidad Sana, y de ciertas actividades de promoción de la salud específicas del CCHC, sirviendo como una fuente de información fácilmente accesible para las mujeres de la comunidad.



Algunas de las actividades fueron las siguientes: contactar a mujeres individualmente y visitarles en sus casas; realizar una demostración de BSE, Breast Self Examination, (auto-sxamen de mama); acompañar a mujeres a los diferentes servicios existentes; abogar en su nombre; montar talleres sobre cuestiones de salud poniendo énfasis en la detección temprana de cáncer de mama y cérvico-uterino; desarrollar y presentar exposiciones en centros comerciales; organizar y participar en eventos informativos que abarcaban a un sector más amplio de la comunidad; identificar y proveer nuevos recursos para la mujer; y referir a las mujeres al CCHC y a otras agencias. Diríjase a los [resultados clave](#) para más información sobre la efectividad de estas actividades.

Planificación del programa

En enero de 2002 se completó el proceso intensivo y participativo de planificación del programa. Los cuatro grupos asociados contribuyeron con sus ideas y todo se integró en un modelo de programa. Se desarrolló un [modelo lógico de proyecto] para resumir los elementos clave del programa, y también se diseñó un [esquema de las actividades del programa](#) con metas claras del público a quien tenían que ser dirigidas las actividades. Nuestro propósito era de alcanzar a 1000 mujeres hispanas a través de las diferentes actividades del proyecto.

En enero de 2002, después de haber completado el programa de formación de tres meses, se contrataron formalmente a once promotoras/investigadoras participativas como [empleadas del CCHC](#), y la coordinadora del proyecto apoyó directamente su trabajo con reuniones individuales. La problemática relacionada con la planificación del programa también se discutió en reuniones del Equipo de Proyecto en los que participaron las PSC/IPs, además de en reuniones de sub-comités como el comité de investigación. La PSC/IPs tuvieron reuniones semanales de equipo, con el fin de evaluar y planificar las siguientes actividades. Los planes de trabajo y las prioridades se revisaron y ajustaron periódicamente, a medida que se realizaron nuevos descubrimientos a través de la investigación, con el fin de asegurar el proceso de [vincular la investigación a la práctica](#).

Alcanzar a la comunidad

Las actividades de alcance a la comunidad comenzaron en febrero de 2002. El primer énfasis fue contactar a las mujeres individualmente para llevar a cabo [entrevistas exhaustivas](#) y, después, conducir una encuesta sobre comportamiento y conocimientos de salud. La encuesta demostró ser un instrumento altamente efectivo para alcanzar a mujeres hispanas en situación marginal, y para recoger información sobre las necesidades de la comunidad. La actividad de promoción de la salud se diseñó dentro del protocolo tipo de entrevista de investigación. Tras haber conducido la encuesta con participantes de la comunidad, las Investigadoras Participativas (IPs), en su papel de Promotoras de Salud Comunitarias (PSCs), proporcionaron a las encuestadas una correcta información en español sobre detección temprana de cáncer. También respondieron a las preguntas de las participantes y aclararon mitos e ideas falsas sobre el cáncer. Con esta entrevista, las PSC/IPs identificaron otras necesidades del grupo, proporcionaron información adicional, y las refirieron a otros servicios de ayuda. También invitaron a las mujeres de la comunidad a un segundo evento público de alcance comunitario, el Festival de la Salud, organizado por el proyecto. Para más detalles vea los [recursos](#) y los [resultados clave](#) de entrevistas y encuestas con las mujeres hispanas.

Como líderes comunitarias, las PSC/IPs utilizaron una combinación de múltiples métodos para acercarse a las mujeres hispanas, comenzando por su red de [ayudantes naturales](#), sus amigos(as) y vecinos(as). En la comunidad hispana de Ottawa se corre rápidamente la voz de los nuevos acontecimientos, y esto conllevó a que las PSC/IPs se contactaran con muchas otras mujeres con las que antes no habían tenido relación. Además las PSC/IPs hicieron un esfuerzo común para estar presentes y ser identificables en muchos eventos comunitarios, desde juegos de fútbol hasta fiestas de bautizo. Muchas de ellas también tomaron la iniciativa de acercarse a mujeres de habla hispana cuando casualmente se las encontraron: en la parada de autobús, en el camino al colegio de sus hijos, en la peluquería, en el centro comercial. Las iglesias también son sitios importantes donde se reúnen diferentes segmentos de la comunidad hispana de Ottawa, y se realizó un esfuerzo especial para atender a eventos en varias de las iglesias y para trabajar con sus empleados(as) y organizaciones, y así informarles de este proyecto. A medida que el proyecto se hizo más visible, la comunidad también empezó a llamar directamente a las oficinas de LAZO y de Mujer Sana/Comunidad Sana.



El Festival de la Salud

El 'Festival de la Salud' atrajo aproximadamente a unos 250 miembros de la comunidad hispana de Ottawa, así como a miembros de otras comunidades étnico-raciales. El evento se celebró en el Centro de Salud Comunitaria un sábado, lo que permitió que personas trabajadoras y sus familias pudieran asistir, y que se pudiera aprovechar todo el espacio del Centro (que normalmente está cerrado los fines de semana). El ambiente del festival fue creado por las Promotoras de Salud Comunitarias / Investigadoras Participativas (PSC/IPs), quienes decoraron el local con carteles, globos y serpentinas. Los restaurantes y tiendas locales de comida latina contribuyeron a este evento con una comida buffet y muchos premios para rifar. Un grupo de música latinoamericana estuvo tocando a la entrada del centro, lo que animó a muchos(as) de los(as) participantes a bailar y cantar una vez concluidas las presentaciones y actividades formales.

Cada sala del Centro se organizó de modo que tuviera una función relacionada con el proyecto Mujer Sana Comunidad Sana, y se invitó a la comunidad a que visitara todas las salas a su propio ritmo. Muchas de las salas tenían exposiciones con PSC/IPs y personas del proyecto presentes para atender a las preguntas del público. En otra sala se mostró un video sobre la importancia de hacerse regularmente exámenes de detección de cáncer y sobre el modo de realizar auto-exámenes de pechos. Había una sala reservada sólo para mujeres, lo que permitió una mayor privacidad para que ellas expusieran sus dudas y preocupaciones a las PSC/IPs y para que les fuera demostrado cómo hacer un auto-examen de pechos. También se dispuso de la sala de cuidado infantil del Centro para cuidar a los(as) niños(as) de los(as) participantes, y comida disponible en la cocina comunitaria del Centro.

El evento se celebró en inglés y español, y las PSC/IPs transmitieron información valiosa sobre salud en ambos idiomas. Hubo muchas actividades para los más pequeños, de modo que las madres pudieran participar en los diferentes talleres. El evento se benefició de la participación de otras organizaciones: *The Canadian Breast Cancer Network* (La Red Canadiense de Cáncer de Mama), *Breast Cancer Action* (Acción contra el Cáncer de Mama), *Ontario Breast Screening Program* (El Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama de Ontario), y el Departamento de Salud de la Ciudad de Ottawa. Hubo exposiciones y personas de todas estas organizaciones presentes en el festival. La Red Canadiense de Cáncer de Mama patrocinó el festival.

Así mismo, estuvieron presentes políticos, diplomáticos y representantes de varias organizaciones, incluyendo al Sr. Mac Harb, diputado para Ottawa Centro; Elizabeth Arnold, concejala de la municipalidad de Ottawa; y representantes de las embajadas mexicana, colombiana y salvadoreña. El evento aumentó la visibilidad de las PSC/IPs y la accesibilidad a la información sobre detección temprana de cáncer en la comunidad. Diríjase a [Evaluación del Festival de la Salud](#) para más información sobre el éxito de este acontecimiento.

Otros eventos

Las actividades regulares de LAZO también han servido para involucrar a más mujeres en el proyecto, y para dar información sobre salud. Por ejemplo, cada año LAZO organiza un evento para el día de la madre, un picnic de verano, un día para conmemorar a las mujeres víctimas de violencia doméstica, una fiesta infantil de Halloween, y una celebración navideña, así como sesiones de artesanía y talleres en los que se confronta la problemática de las relaciones de abuso. Como las PSC/IPs también son miembros de LAZO, aprovecharon la oportunidad en todos los acontecimientos de LAZO para anunciar los próximos talleres y actividades de Mujer Sana Comunidad Sana. Para más información sobre actividades de LAZO, vaya a la sección [¿Qué hay de nuevo?](#).

Talleres

Las Promotoras de Salud Comunitarias/Investigadoras Participativas (PSC/IPs) llevaron a cabo talleres y dieron presentaciones en diferentes lugares públicos de la ciudad, por ejemplo en centros de salud comunitaria, centros de recursos comunitarios, iglesias, clases de ESL (*English as a Second Language*, Inglés como segundo idioma), y en una embajada. En estas ocasiones, se ofreció cuidado infantil a las madres partícipes que lo necesitaran. También se organizaron con gran éxito pequeños talleres en las casas de las



PSC/IPs y en los hogares de otras mujeres de la comunidad, Los talleres trataron temas relacionados con la detección temprana de cáncer, enfocándose en el auto-examen de pechos así como exámenes clínicos, mamografías, y la importancia de someterse regularmente a exámenes ginecológicos de Papanicolau. El video "A Touch of Prevention" (Un Toque de Prevención), y el video "Por su salud y la Familia", del *Cancer Research Foundation of America* (la Fundación Americana para la Investigación sobre Cáncer), se mostraron a menudo. El video "A Touch of Prevention" es un instrumento educativo ampliamente reconocido, desarrollado por el [Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama de Ontario](#). Fue traducido e interpretado al español por una de las PSC/IPs, para poder llegar a la audiencia de mujeres hispanas que participaron en las sesiones desarrolladas para este proyecto.

Exposiciones en Centros Comerciales

Las Promotoras de Salud Comunitarias / Investigadoras Participativas diseñaron una mesa de exposición e información que fue mostrada durante varios fines de semana en diferentes centros comerciales de la región de Ottawa, con información disponible en inglés y en español. Aunque se llegó a contactar a más de cien mujeres hispanas usando este método, las exposiciones en centros comerciales se cancelaron después de los primeros meses, ya que hubo cada vez una menor captación de mujeres "nuevas" utilizando este método.

Visitas a domicilio

Las visitas a domicilio fueron la piedra angular del programa de promoción de salud comunitaria. Estas visitas proporcionaron a las Promotoras de Salud Comunitarias / Investigadoras Participativas (PSC/IPs) la vía para hablar con las mujeres en un entorno más privado, lo que permitió desarrollar sesiones educativas más intensas y personales. Las PSC/IPs utilizaron las visitas a domicilio para demostrar y enseñar cómo se realiza un auto-examen de pechos, y para proporcionar información sobre mamografías y tests de Papanicolau. Algunas de estas visitas requirieron un seguimiento posterior, incluyendo acompañar a las mujeres a sus citas médicas, a servicios sociales u otros servicios y recursos, así como proporcionar información adicional sobre temas de salud. Las PSC/IPs se dieron cuenta de que estas visitas en muchos casos conllevaban el descubrimiento de otros problemas de trasfondo contra los que estaban lidiando, a veces relacionados con su propia salud, pero muy a menudo se trataba de problemáticas de otros miembros de la familia y en una variedad de situaciones. Por ejemplo, una mujer podía estar buscando ayuda sobre cómo hablar con su médico sobre un test de Papanicolau, y también averiguar cómo hacer para que su marido se sometiera a un examen de próstata, o cómo enfrentarse a los problemas de su hijo(a) adolescente en la escuela. El carácter abierto y caluroso de las PSC/IPs, y sus habilidades como oyentes entrenadas durante estas visitas, unido a la comunicación en una lengua común, llevó a referir a las mujeres a muchos recursos comunitarios y servicios de organizaciones, información a la que no hubieran accedido de otro modo.

Clases de Inglés como Segundo Idioma (ESL)

Las Promotoras de Salud Comunitarias / Investigadoras Participativas (PSC/IPs) fueron invitadas a ofrecer talleres en las clases de Inglés como Segundo Idioma (ESL). Los talleres se realizaron en inglés, y consistieron en una presentación corta sobre el proyecto y sobre las prácticas de detección temprana de cáncer de mama; seguida de discusiones de grupo, en las que se reforzaron las principales ideas de la presentación. Algunas de las mujeres allí presentes no tenían médico de familia, y otras, al ser mujeres inmigrantes recién llegadas, aún no habían adquirido su derecho al seguro de salud provincial. Con estos talleres las PSC/IPs, las mujeres accedieron a información sobre centros comunitarios y ayuda sobre cómo encontrar un médico. Estos talleres fueron dirigidos a mujeres con distintos orígenes lingüísticos, y así empezamos nuestro alcance a otras comunidades étnico-culturales como parte de la fase de transferencia del proyecto.

Creación de redes y presentaciones

Otro objetivo y parte de la estrategia general de promoción de salud del proyecto fue sensibilizar a la comunidad de proveedores de servicios con las diferentes necesidades de la comunidad hispana; y también ayudar a la comunidad hispana a ser un actor más activo y partícipe entre aquellos(as) responsables de



toma de decisiones relacionadas con los servicios de salud de nuestra región. Las Promotoras de Salud Comunitarias/Investigadoras Participativas (PSC/IPs), junto a otros(as) miembros del proyecto, también fueron alentados(as) a crear redes con otras agencias y organizaciones, como por ejemplo, que asistieran a las reuniones de la *Multicultural Health Coalition* (Coalición de Salud Multicultural) y al Comité Directivo del Centro de Salud Comunitaria Centretown.

También se les animó y apoyó para que participaran en conferencias comunitarias como la organizada por el *Social Planning Council* (Consejo de Planificación Social): “Conferencia sobre el desarrollo del Mosaico de Ottawa en temas referentes a las Minorías étnico-culturales de Ottawa”, y el simposio de “Investigación y Evaluación en una Comunidad que Aprende” organizada por la “Red de Investigación de base comunitaria de Ottawa (*Research Network of Ottawa*)”. Las PCS/IP’s extendieron sus redes a escala provincial, nacional y en reuniones a nivel internacional, en eventos tales como la reunión anual de la Asociación de Centros de Salud Comunitaria de Ontario (*Association of Ontario Community Health Centres*). Vea la [cronología del proyecto](#) para más detalles.

i. Apoyo financiero y en especie

Mujer Sana - Comunidad Sana se benefició de un generoso otorgamiento de fondos del Consejo de Salud de la Mujer de Ontario. Sin embargo, el proyecto no se hubiera podido llevar a cabo sin la importante colaboración de voluntarios(as) y las contribuciones en especie de los socios del proyecto y de organizaciones de apoyo a la comunidad.

Financiamiento

- **[Consejo de Salud de la Mujer de Ontario \(OWHC, Ontario Women’s Health Council\)](#)**

El financiamiento para este proyecto de demostración de dos años y medio de duración se recibió del Consejo de Salud de la Mujer de Ontario. La suma total recibida ascendió a 687.279 \$. La mayoría de este dinero, 514.380 \$, se usó para proporcionar las retribuciones del personal del proyecto y las remuneraciones a los(as) profesionales.

- **[Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama de Ontario \(OBSP, Ontario Breast Screening Program\)](#)**

El OBSP fue un apoyo muy importante para el proyecto. Además de algunas contribuciones financieras para el primer evento público, la graduación de las Promotoras de Salud Comunitaria, el OBSP también proporcionó muchas contribuciones en especie.

- **[Red Canadiense contra el Cáncer de Mama \(CBCN, Canadian Breast Cancer Network\)](#)**

La CBCN patrocinó la Feria de Salud del proyecto, con una contribución de 700,00 \$. También estuvieron presentes en la Feria de Salud con personal atendiendo su puesto informativo.

- **[Coalición de Salud Multicultural \(MHC, Multicultural Health Coalition\)](#)**

LA MHC forma parte de la Coalición para la Salud del Corazón del Departamento de Salud de Ottawa. LAZO lleva muchos años adherida a la Coalición de Salud Multicultural. La Coalición donó 1.500 \$ para ayudar a cubrir los costos de la traducción de material para la Feria Multicultural de salud.



Contribuciones en especie

Contribuciones de los grupos asociados

Cada uno de los cuatro grupos asociados proporcionó contribuciones substanciales en especie, especialmente con recursos humanos y expertos(as). Sin esto, el proyecto no se podría haber llevado a cabo con éxito. Por ejemplo, cada grupo asociado del proyecto invirtió más horas de trabajo que las que inicialmente se habían previsto en el presupuesto. Los miembros de LAZO tuvieron muchas reuniones extraordinarias, aparte de las que se habían planificado en el calendario. Todos los miembros de LAZO trabajaron muchas horas voluntarias, donaron material de oficina, libros y espacio, hicieron y recibieron llamadas telefónicas desde sus casas, y utilizaron sus computadores personales para el trabajo de Mujer Sana/Comunidad Sana. Las "madrinas" de LAZO invirtieron muchos días como voluntarias trabajando en el apoyo de la organización en su papel como grupo asociado del proyecto; ayudando a las líderes de la comunidad a crecer en sus nuevos roles como Promotoras de Salud Comunitaria / Investigadoras Participativas, renovando y desarrollando contactos con la comunidad, y traduciendo material de inglés a español, y viceversa.

El Centro de Salud Comunitaria Centretown contribuyó uno o dos días a la semana con el tiempo de la Promotora de Salud profesional y aproximadamente uno o dos días a la semana con el tiempo de la Gerente del área de Promoción de Salud Comunitaria. La Consultoría Gentium subsidió el proyecto cobrando una tasa diaria inferior a la normal, contribuyendo con días de trabajo voluntario, donando material de oficina, equipamiento, programas informáticos, literatura, recursos de formación, y espacio de oficina para el proyecto. La Unidad de Investigación de Salud Comunitaria donó tiempo adicional del personal para el proyecto, de modo que su representante pudiera participar activamente como socio del proyecto, y también permitió el acceso a computadoras y a programas informáticos para sesiones especiales de formación. Tres de las estudiantes en prácticas de la CHRU participaron en diferentes momentos del proyecto sin paga, asistiendo en el análisis de las sesiones de grupo focales y en la recogida de datos para el estudio de casos.

Contribuciones de las organizaciones miembros de la Comunidad

Estas organizaciones comunitarias y de servicios de salud que formaban parte del [Comité Asesor](#) liberaron tiempo de sus empleados(as) para permitir su participación en reuniones del Comité Asesor y su colaboración en los subcomités. Otros miembros del Comité Asesor participaron de manera completamente voluntaria (sin recibir remuneración por parte de ninguna organización por el tiempo invertido en las reuniones), por ejemplo miembros del Consejo del CCHC, la representante del Congreso de Mujeres Latinoamericanas, y los(as) dos médicos en práctica independiente.

Las iglesias y organizaciones hispanas permitieron el uso de su espacio de forma gratuita para realizar talleres y celebrar eventos. Los negocios de la comunidad latinoamericana de Ottawa apoyaron generosamente los eventos organizados por el proyecto. Donaron comida, premios de rifa, publicidad y otros incentivos para participar en los eventos.

El Programa de Detección Temprana de Cáncer de Ontario fue un apoyo muy importante para el proyecto. Proporcionaron panfletos informativos con información sobre detección temprana de cáncer en inglés y en español, ofrecieron acceso a sus datos de registro de visitas, y tradujeron sus formularios de registro de visitas al español y un video sobre el auto-examen de mama para que pudiera ser utilizado en el proyecto.

4. Resultados claves

¿Cómo medir el impacto que tuvo la intervención de las PSC en las mujeres que recibieron los servicios de Mujer Sana?



Para determinar el impacto del proyecto Mujer Sana, Comunidad Sana, utilizamos varios métodos, incluso encuestas y entrevistas con mujeres de la comunidad; entrevistas y revisión de documentos de las promotoras de salud comunitaria; entrevistas y encuestas con los socios y los miembros del comité asesor; grupos de enfoque con proveedores de servicios; estadísticas del Centro Comunitario de Centretown y del Ontario Breast Screening Program que muestran cuántas mujeres de habla hispana utilizaron sus servicios, y muchos testimonios de mujeres que, hasta el día de hoy, nos hablan y nos escriben, contando lo que ha cambiado en sus vidas como consecuencia de la intervención de las Promotoras de Salud Comunitaria de Mujer Sana. El informe final del proyecto detalla todos los datos evaluativos.

Este documento se enfoca en algunos resultados clave de una parte del proyecto: las encuestas sobre la salud.

1. Resultados de las encuestas sobre la salud

En 2002, unas 212 mujeres de nuestra comunidad colaboraron con el proyecto Mujer Sana, Comunidad Sana, generosamente permitiendo a las promotoras de salud comunitaria llevar a cabo una larga y detallada entrevista que aborda varios temas relacionados a la salud a mujer. Un año después, para constatar si habíamos logrado ayudar a las mujeres que participaron en las actividades de Mujer Sana a entender mejor los temas de cáncer del seno y del cuello cérvico-uterino, y a mejorar la vigilancia de su salud, decidimos entrevistar a algunas de las participantes por segunda vez.

En base de lo que aprendimos en la primera vuelta de entrevistas, identificamos ciertos criterios que sugieren un riesgo más elevado en lo relacionado a la protección de la salud y la detección temprana del cáncer de seno y del cuello cérvico-uterino:

- No tener tarjeta de OHIP (9%), y/o
- No tener médico de familia (8%), y/o
- No haberse hecho un examen interno (ginecológico, 'pélvico') (14%)y/o
- No saber que es posible tener cáncer sin saberlo (59%),y/o
- No saber que el cáncer muchas veces se puede curar(14%), y/o
- Siendo mayor de 50 años, no tener información acerca de la mamografía (8%).

Tres de cada cuatro (o sea, 75%) de todas las señoras que fueron entrevistadas en el año 2002 entraron en una o varias de éstas categorías mencionadas. Anticipábamos que éste grupo se beneficiaría al máximo de la información brindada por el proyecto y de la intervención de las promotoras de salud. Seleccionamos a 80 participantes, y les pedimos colaboraran con la segunda entrevista. De éste número, 58 (73%) señoras amablemente aceptaron ser entrevistadas por segunda vez, en el año 2003. (El resto o bien no se pudieron contactar, o no quisieron ser entrevistadas)

2. ¿Qué cambió entre la primera y la segunda encuesta de salud?

En los 12 meses que transcurren entre la primera y la segunda entrevista, las PSC se enfocan en:

- llegar a las mujeres de la comunidad con la última información sobre las causas del cáncer,
- comunicar las prácticas recomendadas para la temprana pesquisa del mismo,
- enseñar y demostrar los métodos adecuados para cuidar la salud de la mujer, y
- apoyar a las participantes para lograr mejor acceso a los servicios de atención médica, incluso los exámenes de detección temprana del cáncer-con resultados muy evidentes.

2.1. Conocimientos sobre las causas del cáncer

Desde el 2002 al 2003, aumentan un 5% los conocimientos acerca de las causas del cáncer. Se nota el cambio en relación a dos temas en especial: en el 2003, 9% más habían aprendido que ni los antibióticos ni los golpes que resultan en moretones son causas de cáncer.



¿Esto es posible causa de cáncer?	Antes	Después	Cambio %
Amamantar el bebé-no	94%	95%	+2%
Moretes por haber sido golpeada-no	52%	61%	+9%
Tomar antibióticos-no	79%	81%	+9%
Beber alcohol en exceso -sí	51%	55%	+2%
Total:	57%	63%	+5%

Hay varias creencias que pueden afectar de manera negativa el cumplir con los exámenes de pesquisa de cáncer recomendados. Entre el 2002 y el 2003, un gran número de participantes en Mujer Sana aprenden nueva información que les ayuda a entender la importancia de los exámenes. Por ejemplo, ahora 93% de las participantes saben que se puede tener cáncer sin saberlo- antes de la intervención de las PSC, solamente 25% sabían esto con certeza.

Creencias acerca del cáncer	Antes	Después	Cambio %
Se puede tener cáncer sin saberlo	25%	93%	+68%
Hay buena posibilidad de sobrevivir si el cáncer de seno se encuentra a tiempo	81%	93%	+12%
Hay buena posibilidad de sobrevivir si el cáncer del cuello cervicouterino se encuentra a tiempo	91%	98%	+7%
El cáncer se puede curar	84%	88%	+4%

Con los nuevos conocimientos acerca del cáncer, disminuye el temor al cáncer y a los exámenes. **Esto es importante para tener un práctica regular de los exámenes**

Temores acerca del cáncer	Antes	Después	Cambio %
No teme tanto el cáncer que evitaría los exámenes	79%	89%	+10%
No le preocupa que le dé cáncer	25%	33%	+8%

2.2. ¿Cambió la práctica de exámenes de detección de cáncer?

El objetivo principal del proyecto Mujer Sana, Comunidad Sana fue de mejorar el cumplimiento con los exámenes recomendados para la temprana detección del cáncer de seno y del cuello cervicouterino. Estos exámenes son: examen pélvico (interno, o ginecológico) hecho por médico o enfermera; Citología (examen papanicolau) hecho por médico o enfermera; Auto-examen del seno (hecho por la mujer misma); examen clínico del seno (hecho por médico o enfermera); mamografía para mujeres mayores de 50 años (en clínicas especializadas).



2.2.1. Detección de cáncer del seno

Auto-examen de los senos

Al comparar las prácticas del 2002 y del 2003, se nota un cambio muy importante en relación al auto-examen de los senos (AES). Aumentan los conocimientos acerca de lo que es el AES, llegando a 100% las mujeres que lo conocen. Se le ha enseñado a hacer el auto-examen a 93% de las mujeres, un incremento de 23% comparando con antes de la intervención; nueve de cada diez se lo han hecho; y tres cuartos de las encuestadas (o sea, 33% más que antes) sienten que saben examinarse los senos suficientemente bien como para poder detectar cambios.

Auto-examen de los senos (AES)	Antes	Después	Cambio %
Sabe lo que es	89%	100%	+11%
Le han enseñado a hacerlo	70%	93%	+23%
Se ha hecho el AES	77%	91%	+14%
Sabe examinarse bien	40%	73%	+33%

El cuadro que sigue sugiere que el cambio en la práctica de éste examen está relacionado directamente a la intervención de Mujer Sana: 71% de las encuestadas responden que Mujer Sana les enseñó a hacerse el AES; además, casi la mitad indica un folleto, y más de un tercio se refiere a un video o película. Las PSC utilizaron folletos y videos, suplementando las demostraciones y explicaciones individuales, para comunicar el mensaje de AES, y se nota un incremento importante en el porcentaje de mujeres que indican que aprendieron a hacerse el AES utilizando esos medios en 2003.



¿Cómo aprendió a hacerse el AES?	Antes	Después	Cambio %
Promotora de Salud Comunitaria + otra actividad de Mujer Sana	1%	72%	+71%
PSC	0	51%	+51%
Actividad de Mujer Sana	1%	21%	+20%
Película/video	7%	35%	+28%
Folleto	22%	45%	+23%
Taller	5%	12%	+7%
Doctor	48%	45%	(-3%)
Enfermera	10%	7%	(-3%)
Madre	5%	5%	0%

Examen clínico de los senos

La intervención de las PSC también se puede considerar exitosa en lo que aumenta casi 10% el número de mujeres que saben lo que es un examen clínico de los senos y las que recibieron éste por razón de control (chequeo) entre 2002 y 2003

Examen clínico de los senos	Antes	Después	Cambio %
Sabe lo que es	86%	97%	+9%
Le han hecho el examen	88%	90%	+2%
El último examen fue de control (chequeo)	72%	80%	+8%

Mamografía

Cómo mencionado anteriormente, el Ministerio de Salud de Ontario recomienda que toda mujer participe en el programa de detección temprana de cáncer del seno, empezando con la mamografía anual desde que cumple los 50 años. Este servicio se le ofrece a toda mujer de 50 años o más, por intermedio de 'Cancer Care Ontario', en los centros Ontario Breast Screening Programa (siendo el OBSP uno de los integrantes del Comité Asesor del proyecto Mujer Sana, Comunidad Sana).

Debido a esa recomendación (mamografía después de los 50), examinamos específicamente el impacto que tuvo la intervención de las PSC con este grupo de entrevistadas, en relación a la mamografía.

Vale notar que la mayoría de las mujeres en esta edad ya habían oído hablar de la mamografía antes de la intervención de Mujer Sana. Lo que se ve en 2003 es un cambio muy importante en el número de mujeres de 50+ con planes para hacerse la mamografía en los próximos 12 meses, llegando al 100% de las



entrevistadas. Igualmente, en 2003, 100% de las entrevistadas de 50 años o más saben lo que es la mamografía y se la han hecho- un incremento de 14% - cumpliendo perfectamente con las recomendaciones del Ministerio de Salud.

Mamografía (50 años y mayor)	Antes	Después	Cambio %
Sabe lo que es	96%	100%	+4%
Le han hecho una mamografía	86%	100%	+14%
La mamografía fue por razón de control (chequeo)	75%	91%	+16%
Tiene planes para hacer una mamografía en los próximos 12 meses	50%	100%	+50%

Las entrevistas del 2002 nos dejaron ver que no todas las mujeres de 50+ conocían el programa del OBSP, y que varias no sabían bien dónde dirigirse para obtener una mamografía. En el 2003, vemos que muchas más conocen el OBSP, y han aprendido dónde ir para obtener éste importante examen de detección de cáncer.

Dónde ir para obtener una mamografía	Antes	Después	Cambio %
Clínica	33%	17%	(-16%)
Hospital	17%	39%	+22%
Consultorio médico	17%	0%	(-17%)
OBSP	8%	26%	+18%
Otro lugar	13%	0%	(-13%)

Se nota también un cambio muy importante en lo que se refiere a la iniciativa que toma la mujer al pedir que se le haga este examen. En el 2002, apenas 4% de las mujeres de 50+ habían pedido que se le hiciera la última mamografía; para el 2003, este número aumenta diez veces, llegando a 40%, cómo se ve en el cuadro que sigue.

	Antes	Después	Cambio %
Alguna vez pidió que le hicieran una mamografía	17%	40%	+23%
Pidió que le hicieran su última mamografía	4%	40%	+36%

Sabemos que la falta de información e información errónea pueden resultar en una falta de cumplimiento con los exámenes de detección del cáncer. El cuadro que sigue muestra que hubieron cambios positivos en ese respecto en el grupo de mujeres mayores de 50 años después de la intervención de las PSC, siendo tal vez el



más notable el número que llegan a entender la necesidad de hacerse la mamografía aunque el médico ya le hubiese hecho un examen clínico de los senos : 100% en 2003, o sea un incremento de 21%.

Creencias acerca del cáncer (50+)	Antes	Después	Cambio %
La mamografía es necesaria aunque le hayan hecho un examen clínico de los senos	79%	100%	+21%
Hay buena posibilidad de sobrevivir si el cáncer de seno se encuentra a tiempo	83%	87%	+4%
A su edad (50+) necesita una mamografía	87%	96%	+9%
No es difícil hacerse la mamografía	87%	96%	+9%

2.2.2. Detección de cáncer del cuello cervicouterino

Aunque una gran mayoría de las participantes ya conocían y habían tenido por lo menos un examen pélvico (interno) y un examen de citología, en el 2002, igual aumenta el porcentaje en estas dos categorías en el 2003, sugiriendo un resultado positivo relacionado a la intervención de las PSC.

Examen pélvico (interno)	Antes	Después	Cambio %
Sabe lo que es	84%	93%	+9%
Le han hecho el examen	88%	95%	+7%

Examen de citología (papanicolau)	Antes	Después	Cambio %
Sabe lo que es	96%	100%	+4%
Le han hecho el examen	93%	97%	+4%

Necesita el examen de citología (papanicolau)....	Antes	Después	Cambio %
A su edad	89%	95%	+6%
Después de la menopausia	88%	96%	+8%

No solo han mejorado los conocimientos en relación al porqué y cuando necesita una mujer el examen de citología, como demuestra el cuadro anterior, sino que también hay evidencia de que las mujeres que recibieron servicios de las PSC comienzan a hacer planes concretos para cumplir con lo que se recomienda para éste examen, y toman la iniciativa para pedir que le hagan la citología



Examen de citología (papanicolau)	Antes	Después	Cambio %
Tiene planes para hacerlo en los próximos 12-24 meses	76%	94%	+15%
El último examen fue de rutina, para control (chequeo)	75%	91%	+16%
El último examen fue pedido por la mujer	26%	42%	+16%

Vale notar que el 100% de las pocas mujeres que aún no se han hecho el examen de citología (papanicolau) en 2003, piensan hacérselo, y varias ya lo han conversado con su doctor.

2.3. Acceso a servicios de atención médica

Una serie de preguntas se hicieron en 2002 para documentar las experiencias de las mujeres de la comunidad con el sistema de atención médica.

Sigue un resumen de varias barreras que pueden dificultar o impedir el acceso para las mujeres de la comunidad:

- 11% no tienen tarjeta de OHIP
- 56% tienen que esperar demasiado en la sala de espera antes de la cita
- 47% tienen que esperar demasiado para obtener una cita con el doctor
- 33% sienten que los médicos, enfermeras, y otros empleados en el sector de salud las tratan diferentes por ser latinas
- 30% tienen dificultad en comunicarse con doctores o enfermeras en inglés
- 23% tienen dificultad para encontrar quién les cuide los niños cuándo van al doctor
- 16% tienen dificultad con el transporte para llegar al doctor

Lo más significativo para nuestra práctica fue el alto porcentaje de mujeres sin acceso al seguro de salud provincial (OHIP): 11% no tenían tarjeta de 'OHIP'; y aquí también se ve un cambio muy positivo: hay un 50% menos de mujeres sin tarjeta de OHIP después de la intervención de las PSC.

Barrera al acceso	Antes	Después
Sin tarjeta de OHIP	11%	5%

Anticipábamos que la participación en Mujer Sana resultaría en mayor confianza y mejor utilización de los servicios de atención médica, específicamente, servicios ofrecidos por médicos y por centros de salud comunitaria. El cuadro que sigue muestra un cambio bastante positivo en la actitud de las participantes acerca de los doctores después de la intervención de las PSC. Por ejemplo, en el 2003, muchas menos piensan que los médicos mandan pedir exámenes innecesarios. Se nota otro cambio importante: en el 2003, muchas más mujeres piensan que los médicos no les dedican el tiempo adecuado durante la consulta- esto también se puede ver como cambio positivo, indicando tal vez que las mujeres que han hablado con PSC empiezan a reclamar más atención de los médicos al tomar control de su propia salud, lo cual coincide con el mayor número de mujeres que piden a sus médicos los exámenes de detección del cáncer, como se vió anteriormente.



	Antes	Después	Cambio %
Los médicos mandan hacer exámenes innecesarios	21%	9%	-12%
No tiene confianza en los médicos	21%	14%	-7%
Los médicos cometen demasiados errores	67%	58%	-9%
No le dedican los médicos el tiempo adecuado durante una consulta	35%	44%	+9%

La intervención de las PSC también fue dirigida hacia mejorar el uso apropiado de los servicios de salud.

El cuadro siguiente demuestra un cambio positivo en este respecto para las mujeres que participaron en Mujer Sana. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que evitan ir al médico aunque estén muy enfermas disminuye por más de la mitad en el 2003; aumenta el porcentaje de mujeres que va al médico para hacerse control (chequeo); y aumenta (aunque levemente) el porcentaje de mujeres que ahora tienen médico de familia.

	Antes	Después	Cambio %
Evita ir al médico aunque está muy enferma	21%	9%	-12%
No va al médico para control (chequeo) mientras se siente bien	44%	38%	-6%
No tiene médico de familia (de cabecera)	9%	7%	-3%
Recibe atención médica en un centro de salud comunitaria	16%	12%	-4%

Como resultado de la encuesta del 2002, nos dimos cuenta que muy pocas mujeres de la comunidad hispana (un 16%) usaban los servicios de los centros de salud comunitaria (CSC). En la segunda vuelta de entrevistas hicimos preguntas más detalladas para determinar el nivel de conocimiento y uso de los varios servicios y centros de salud comunitaria en la región. Se nota que las participantes que recibieron servicios de las PSC ahora saben lo que son los centros de salud comunitaria, y que muchas han estado en estos centros, especialmente en el Centro de Salud Comunitaria Centretown (sede del proyecto Mujer Sana, Comunidad Sana). A pesar de eso, disminuye levemente el número de mujeres que reciben servicios médicos en los centros de salud comunitaria- la mayoría asiste a los centros de salud por otras razones (participan en programas de educación y formación, clases de gimnasia, consejería, grupos de apoyo, etc.)

Los dos cuadros siguientes resumen lo que nos contestaron las entrevistadas en el 2003:



¿Qué sabe de los Centros de Salud Comunitaria?	Sí
Ha oído hablar de un centro de salud comunitaria	97%
Ha estado en un centro de salud comunitaria	65%
Sabe cual le queda más cercano	68%
Piensa volver al CSC que ya visitó	97%

¿Cuál Centro de Salud Comunitaria (CSC) conoce?	CSC más cercano	CSC que ha visitado
CCHC	27%	89%
Southeast Ottawa	33%	22%
Sandy Hill	14%	32%
PQ	16%	8%
Carlington	4%	%
Otro	8%	10%

2.4. Estado general de salud

Aunque el enfoque del proyecto Mujer Sana era la detección temprana del cáncer, también nos preocupamos por el estado general de salud de la mujer hispana en Ottawa. El cuadro siguiente muestra que la intervención parece haber coincidido con un mejoramiento en la percepción del estado de salud de las mujeres que participaron.

Estado de salud	Antes	Después	Cambio %
Excelente	17%	31%	+14%
Buena	51%	52%	+1%
Regular	30%	14%	-16%
Mala	2%	0%	-2%

En el 2003, 21% de las mujeres contaron que había cambiado algo en su estado de salud desde la última vez que se les había entrevistado. Además de embarazos y partos, algunas mencionan nuevos problemas y dolores, tal como depresión, estrés, artritis, dolores en la espalda, cansancio, etc. Pero vale notar que varias hablan de haberse mejorado de algún problema que tenían en el 2002. El impacto de la intervención de las PSC es mencionado de manera espontánea, por ejemplo, "Antes tenía duda y ahora estoy más tranquila, tu me hablastes tanto de lo importante que es éste examen."



" Sigo deprimida, pero mucho más informada en relación a prevención de salud, también platico con otras mujeres acerca de esto"

" Estoy mas consciente de cuidarme y ver al médico regularmente, especialmente hora que tengo mejores conocimientos de lo que significa 'alto riesgo', ya que soy sobreviviente de un cáncer"

2.5 Actividades con la comunidad hispana

Otro objetivo del proyecto Mujer Sana fue impulsar y apoyar a las mujeres que tal vez se encontraban un poco aisladas a integrarse más en actividades con la comunidad, para también fortalecer la comunidad. El cuadro que sigue muestra mayor intensidad y frecuencia de interacciones con la comunidad hispana en el 2003.

Con qué frecuencia participa en actividades con la comunidad hispana	Antes	Después	Cambio %
Nunca	21%	14%	(-7%)
1-2 veces X año	28%	27%	(-1%)
Cada 2-3 meses	16%	16%	0%
Cada mes	19%	25%	+6%
Una vez por semana o mas	13%	18%	+5%

3. Futuro de Mujer Sana

Creemos que las mujeres que participaron en los servicios de Mujer Sana son las que más saben si fue un programa útil, si se beneficiaron ellas y la comunidad, y si vale la pena continuar; y les pedimos que nos lo dijeran. Casi todas piensan que la comunidad hispana se ha beneficiado del proyecto Mujer Sana; a nivel individual, solamente 2% indican no haberse beneficiado.

Se ha beneficiado del proyecto MSCS...	Mucho	Algo	Nada	No sabe
A nivel personal	62%	36%	2%	
La comunidad hispana	81%	16%	0%	4%

Casi todas piensan que sigue habiendo necesidad de mantener un proyecto dirigido a la comunidad hispana, y que el programa de promoción de salud comunitaria debería continuar.



	Sí	No sabe	No
Debería continuar el programa de PSC	98%	2%	0%
Sigue habiendo necesidad de mantener un proyecto dirigido a la comunidad hispana	98%	2%	0%
MSCS ha sido un éxito	81%	19%	0%

Cómo se ve en el cuadro anterior, 81% creen que Mujer Sana, Comunidad Sana ha sido un éxito; esperamos que este informe sirva para demostrarle al 19% que aún no lo sabían, lo mucho que se ha logrado con ésta hermosa iniciativa.

5. Relatos

1. Una luz en la oscuridad de los servicios!

El otro día, encontré a una señora mayor, quien es minusválida. Tenía la cara con morados, las piernas con morados y un corte en la frente, debido a que se había caído de las escaleras del edificio donde ella vivía. Me contó que la habían llevado al hospital. También me dijo que no había luz en su edificio, porque habían quitado la luz para arreglar el ascensor. Habían puesto avisos sobre esto, pero como ella no lee inglés o francés, no sabía que no habría luz y por eso se cayó en las escaleras. Aparte de eso, alguna gente llamó a la ambulancia, y para agregarle sal a la herida y a su ansiedad, después recibió una carta del hospital para que pagara los servicios de la ambulancia! Ella estaba desesperada, preguntando que podía hacer, y que la iban a llevar a la cárcel porque no podía pagar, ya que ella no tenía dinero. Yo me informé, a través de otro proceso, que como la señora era minusválida, se calificaba para estar en otro edificio o en una residencia para ancianos. Ella tenía todos estos problemas, y no hubiese podido resolverlos por su cuenta, por que no tenía el idioma, la información o la confianza para hacerlo. Yo tampoco hubiese hecho esto si no fuera una Promotora de Salud Comunitaria (PSC) con Mujer Sana, Comunidad Sana, porque mi trabajo con Inglés como Segunda Lengua (ESL) no es el de acompañar a la gente con problemas de salud. Pero como una PSC, ahora sí: estoy siempre consciente y uso cada oportunidad para ayudar a las mujeres con su salud y su integración social. Mi conciencia se ha aumentado y ahora tengo más contactos y habilidades.

2. No quisiera molestar con mis necesidades...

Cuando me acerqué a una señora para hacer la entrevista de investigación, descubrí que ella estaba bastante limitada en términos de su cuidado médico. No solamente no había tenido una Citología (o examen de Papanicolau) en 16 años, porque no lo consideraba importante hacérselo después del nacimiento de sus hijos, sino que también tenía un problema en su seno. La señora estaba esperando una decisión del departamento de inmigración, para continuar con cualquier tratamiento. ¡Ella creía que su estatus de inmigración no le permitía recibir ningún cuidado médico!

Esta persona siempre decía que estaba muy ocupada y que lo iba a hacer [el examen de Papanicolau], pero nunca se lo hacía. Si yo no hubiese ido a ella, esta persona no hubiese tenido el conocimiento de la importancia de la Citología (Papanicolau) o que ella puede tener acceso a algunos servicios. Su actitud siempre ha sido de no querer ser un problema o molestar a los doctores o a el gobierno con sus necesidades. Ella no veía esto como importante para ella, ella no tenía la información de que la atención médica era su derecho, y tampoco tenía la autoestima o el idioma para poder pedir sus derechos. Esto demuestra que debemos continuar el acercamiento, y continuar a trabajar con casos como estos.



3. ¡Mas vale tarde que nunca para una visita médica!

Ella es una señora en los 50. Llegó a este país hace más de 20 años. Cuando ella recién se estableció tuvo su último hijo, quien ahora tiene 18 años de edad. Desde ese entonces no ha tenido una Citología (Papanicolau). Por años estuvo padeciendo de enfermedades vaginales infecciosas y el médico no le recomendaba el Papanicolau, solamente le daba antibióticos, hasta que un día ella empeoró, la examinaron y su matriz estaba completamente dañada por el cáncer. La única salida fue una total histerectomía. Ahora, ella mantiene sus chequeos anuales, porque en los últimos años le han encontrado quistes benignos en sus senos, por eso tiene un chequeo constante.

4. Tantas necesidades... ¿cuál se atiende primero?

En marzo de este año conocí una mujer que no tiene mucho tiempo de vivir en Ottawa. La invité a participar de las entrevistas que estaba haciendo para el proyecto de Mujer Sana, Comunidad Sana, ella aceptó y la entrevisté. En la última semana de mayo, me llamó con mucha angustia y muerta de miedo porque se había encontrado una protuberancia en el seno y estaba muy alarmada, pensando que era cáncer y que se moriría esa misma noche. La mujer estaba en una crisis terrible llorando desconsoladamente. Luego de oír todos sus pensamientos y preocupaciones, empecé a calmarla con todos los conocimientos que adquirí en el entrenamiento de Promoción de Salud Comunitaria. Le expliqué que el hecho de tener un abultamiento no quería decir que tenía que ser cáncer, que lo mejor era ir a ver al médico y esperar por su opinión. Después de largo tiempo en el teléfono ella se calmó y me prometió que iría al médico para hacer una cita. Le pedí que cualquier cosa que necesitara por favor me llamara, que con mucho gusto estaba para ayudarla en lo que fuera posible. En un par de días ella me llamó, de nuevo en crisis, ya que la cita donde el doctor no la había obtenido con la mayor brevedad posible, sino que tenía que esperar un par de semanas. Ella pensó que si esperaba, moriría allí mismo porque estaba segura que era cáncer. Además me comunicó que tenía un gran dolor en el brazo y que se sentía muy mal. Empleando todos mis conocimientos la calmé y le expliqué que no moriría esa noche, que al contrario era muy bueno que ella se encontró este abultamiento con tiempo y que pronto sabría con seguridad de que se trataba, ya que no todos los abultamientos son síntoma de cáncer. En un par de días me llamó para contarme que una amiga la iba a llevar donde otro doctor que aceptó hacerle una cita inmediatamente. Luego de eso le mandaron a tomar un mamograma para verificar el origen del abultamiento que tenía.

Mientras todo esto estaba pasando, al mismo tiempo ella tenía otro tipo de problemas tales como la necesidad de tener cuidado para su hija en el verano ya que ella estaba tomando clases de Inglés como Segunda Lengua. Ella me dio el nombre de su trabajador social, para poder hablar con él y establecer cuál era la situación de esta clienta, así como sus necesidades. El trabajador Social no estaba enterado de nada ya que esta clienta recién se había mudado y el trabajador social no tenía la papelería todavía. A mi insistencia él buscó la papelería y ya pudimos hablar del caso, me indicó una serie de lugares y teléfonos a donde podía llamar averiguando si había espacio para el verano. Después de algunas investigaciones encontré la información y la di a mi clienta. Desafortunadamente, no era lo que mi clienta esperaba ya que ella había tenido una experiencia muy linda el verano anterior con la trabajadora social que tenía en ese tiempo, y ahora este nuevo trabajador no le ofrecía las mismas opciones que tuvo anteriormente. Después de algunas aclaraciones, explicaciones y llamadas telefónicas, encontré lo que quería para su niña. Ella quedó muy contenta con el servicio mío.

Mientras todo esto se desarrollaba, mi clienta recibió una carta con la noticia de que, por el período del verano, la asistencia social no le daría el pase del bus. Le escribí una carta al trabajador social, explicando que mi clienta estaba en la escuela de Inglés como segunda lengua a tiempo completo, no importando la estación del año, así mismo mandé copia de la suscripción para el término del verano. Mi clienta también tenía algunos problemas con la oficina de los impuestos, pero la remití a la misma organización donde la habían ayudado a elaborarlos y allí le dieron la ayuda inmediata.

Ahora ella esta conectada al grupo LAZO, ha estado en las actividades de los talleres y se mantiene en contacto con algunas de nosotras Promotoras de Salud Comunitaria.



5. ¡Un acompañamiento hace una gran diferencia!

En varias ocasiones vi pasar enfrente de mí una señora Hispánica que caminaba con 3 niños, una niña como de 5 años, un niño de 3 años y un bebé como de 18 meses. Siempre parecía apurada ya que llevaba a su niña mayor a la escuela. Un día saludé a la señora y platicamos un poco. Entre la plática me dijo "Me gustaría que ya todos fueran a la escuela para poder hacer tantas cosas que no he podido hacer". Me lo dijo con tanta preocupación que decidí preguntarle, "¿Cómo qué?" Cuando le hice la pregunta, la señora tuvo una expresión de alegría que aún tengo grabada en mi mente. Esta pregunta sirvió para que ella empezara a contarme que tan sola se sentía en este país ya que no tiene más familia aquí y sólo vive con su esposo. Me comentó que su esposo trabaja mucho y que casi no está en la casa para ayudarle con los niños. Aproveché para preguntarle por su salud y el acceso que tiene a los servicios de salud. Me comentó que tiene doctor de familia pero lo que no tiene es tiempo para ir y ella desea ver al doctor ya que no se siente bien. Ella no le comenta al esposo como se siente ya que si le dice que esta enferma el esposo falta al trabajo y ella teme que al esposo lo despidan del trabajo. Le pregunté si ya le han hecho los exámenes anuales como es: Papanicolau y examen clínico del pecho. Ella me dijo que desde que nació el bebé no ha ido al doctor. Así es que yo le ofrecí acompañarla al doctor y yo le cuidaría a los niños durante la consulta. La señora se alegró mucho y me dijo que haría la cita y me diría el día para acompañarla, y así fue. La señora está muy agradecida y me dijo que yo la había ayudado mucho. El doctor le recordó que no se olvidara de hacer su cita para el próximo año.

6. Con una palabra de motivación se logra mucho.

Una amiga me presentó una señora en los 60, quien llegó a Canadá hace menos de dos años y no hablaba nada de inglés. Cuando la conocí, ella estaba estudiando inglés en la escuela de Inglés como Segunda Lengua. Luego le hice una visita y también la encuesta, en la cuál ella dijo que hacía 40 años que no se hacía un Papanicolau. Le expliqué lo importante que era hacérselo, le recomendé ir a su médico de familia y le pidiera hacérselo.

Después de mi visita, su hija la llevó al médico. En cuanto a la mamografía ella no necesitaba hacerse una por el momento porque se la había hecho en su país dos meses antes de venir a Canadá y todo estaba bien. Le hicieron todos sus exámenes, y los resultados fueron buenos.

7. ¿Mejor prevenir que lamentar? ¡Lo voy a pensar!

En una de las visitas que yo tuve, encontré una señora que le tenía mucho miedo a los doctores. La principal razón es porque ella cree que muchas cosas vienen con la edad, que algún día todos nos tenemos que morir y que si algo esta mal en nosotras, pero no nos sentimos enfermas ni nada, ¡para qué ir al doctor! Ella cree que los doctores solamente le van a decir lo que está mal en usted y lo único que usted va a hacer es preocuparse y sufrir, especialmente si usted tiene cáncer, porque eso no tiene cura.

En mi papel de Promotora de Salud Comunitaria, le dije que estaba de acuerdo en unas cosas, y le hablé acerca del cáncer del seno y del cuello uterino, y cómo la vida puede ser salvada si los doctores encuentran o detectan este cáncer a tiempo, y que el cáncer del cuello uterino puede ser prevenido por medio del examen del Papanicolau. También le dije que aquí en Canadá las Enfermeras Practicantes pueden hacer estos exámenes. Al final de la visita la señora me dijo que iba a pensar sobre lo que yo le dije. Después de un mes, me llamó para decirme que se iba a hacerse el Papanicolau, (ino se hacía uno por más de 10 años!) y también quiere empezar a hacerse su propio auto-examen del seno.

8. Las Promotoras de Salud Comunitaria aprenden a poner sus límites.

Esta señora yo la he ayudado en muchas ocasiones, como su inglés es muy poco, para traducirle a ella y a su esposo en las diferentes citas que ellos obtienen ya sean de salud o de trabajo. Pero desde que le expliqué lo del proyecto Mujer Sana, Comunidad Sana, me llama constantemente para que le resuelva muchas cosas de diferente índole.



Me agrada ayudarla ya que sé que lo necesita, pero sí puedo percibir que ahora ella siente que es mi obligación ayudarla, y muchas veces es demasiado problemático. Como un domingo, que me llamó a las 8 de la noche para que acompañara a su esposo a la urgencia del hospital. Cuando traté de indagar si estaba muy enfermo, me indicó que como siempre, mal, pero que era mejor ir a la emergencia que no esperar que el médico en la clínica le mandara los exámenes. En vez de salir a acompañar a su esposo inmediatamente, le indiqué que era mejor esperar a su médico de familia y que podíamos hacer la cita el día siguiente que era lunes.

9. Intercambio de verdades... en vez de cuentos, en el mercado.

Estando en el Mercado Latino (tienda local de productos latinos) contacté una señora de mas o menos sesenta y ocho años de edad, y hablamos del proyecto Mujer Sana, Comunidad Sana. En su opinión el cáncer del seno se da porque cuando la mujer amamanta a sus hijos la mujer no se saca los residuos de leche en su seno y allí es cuando el cáncer comienza. De acuerdo a ella, el cáncer en el cuello uterino se da por comenzar a tener relaciones sexuales después de haber dado a luz y usar sandalias que golpean el talón.

Le entregué volantes de información sobre el examen de Papanicolao, auto-examen del seno y mamografía y le dije que la leyera, que iría a hacerle una visita a su casa, ya que estábamos en el mercado.

10. ¿Podemos confiar en el sistema de salud Canadiense?

Algunas señoras prefieren ir a sus países para la atención médica. Una señora con quién trabajé se hace los exámenes en su país de origen. Se hace examinar por una doctora, por que ella no confía en los médicos Canadienses. Le dije que es necesario que le agregue al expediente que tiene su doctor aquí en Ottawa, por cualquier referencia, que les pida copia de los resultados del Papanicolao y el examen médico de los senos. Le enseñé el auto examen, le informé sobre OBSP, que ella no necesita referencia para que la atiendan ya que es mayor de 50 años.

La misma respuesta me dio una joven más o menos de 26 años. Ella va al doctor aquí en Ottawa a consultar cualquier otra cosa menos el examen del seno y el Papanicolao, ya que se los hace en su país. Esta joven señora ha tenido algunos quistes en su seno. En los dos casos les expliqué que aquí en Ottawa en los centros comunitarios de salud las Enfermeras Practicantes, están autorizadas para hacer el examen clínico de los senos y el Papanicolao y que por cualquier emergencia es buena idea tener en su expediente en Ottawa copia de los resultados hechos en otros lugares. Les dije que se podía confiar y que no deberían de tener dudas de los médicos de Canadá.