

Elaboración de una estrategia de fomento de la participación comunitaria en salud Guinea Ecuatorial



INDICE

PRESENTACIÓN	3
<u>BLOQUE I: CONTEXTUALIZACIÓN</u>	6
I.1. El Sistema de Salud de Guinea Ecuatorial	7
I.2. Marco conceptual	14
I.2.1. El lugar de la participación en la estrategia APS	14
I.2.2. Nuestro enfoque de la participación	17
<u>BLOQUE II: DIAGNÓSTICO</u>	22
II.1. Trabajo en terreno	23
II.2. Análisis y sistematización de discursos	27
<u>BLOQUE III: PROPUESTAS</u>	36
III.1. Lineamientos en los que se basa la estrategia	37
III.2. Estrategia de participación en salud	48
III.3. Criterios posibles de evaluación de la estrategia	52
<u>BLOQUE IV</u>	56
IV.1. Recomendaciones a la FRS	57
IV.3. Anexos	61
IV.4. Fuentes consultadas	68

PRESENTACIÓN

El encargo de la consultoría para la “Elaboración de una estrategia de fomento de la participación comunitaria en salud” se produce en el marco del Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de la República de Guinea Ecuatorial (MINSABS) y la Fundación de Religiosos para la Salud (FRS), que tiene como objetivo principal el fortalecimiento institucional del sistema de salud y la mejora de la asistencia socio-sanitaria, en vigor hasta finales de 2011 y que cuenta con la financiación de la AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo).

En el acta de la XI Comisión Mixta Guinea Ecuatorial-España de Cooperación para el Desarrollo 2009/2011, celebrada en Bata en julio de 2009, se define el marco estratégico que permita implementar para el periodo de vigencia de la Comisión las directrices del III Plan Director de la Cooperación Española, haciendo confluir las acciones previstas en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, orientado al horizonte 2020.

El nuevo enfoque de la cooperación entre España y Guinea, respondiendo a la consecución de los objetivos del milenio, pretende materializarse en el apoyo a los procesos de transformación y modernización del país de cara a conseguir un desarrollo sostenible.

Uno de los objetivos estratégicos definidos en el Plan Director, se refiere al “Aumento de las capacidades sociales e institucionales en el sector de gobernanza democrática, participación ciudadana y desarrollo institucional”, que prevé, como actividades prioritarias “El apoyo a la promoción de la sociedad civil activa y participativa a través del fortalecimiento de sus estructuras y mediante capacitación, apoyo técnico y material”.

Desde el año 2003, y después de haber intervenido en todos los niveles del sistema de salud de Guinea Ecuatorial, la FRS opta por intervenir en el Sistema de Atención Primaria, a través de las estructuras de centros de salud, tanto públicos como privados y puestos de salud, repartidos en el territorio continental e insular, tratando de primar la situación desfavorecida de los poblados.

“El proyecto tiene como objetivo conseguir que Guinea Ecuatorial disponga de un sistema sanitario público, autónomo y sostenible que garantice una cobertura adecuada a toda la población de acuerdo a la estrategia de la Atención Primaria de Salud y que el Gobierno asuma su responsabilidad en esta política.”¹

El conjunto de actividades desarrolladas por la FRS hasta ahora abarcan, desde la formación a la dotación de recursos humanos, pasando por provisión de

¹ Resumen de actividades FRS. Atención Primaria de Guinea Ecuatorial.

equipamientos y suministros, sin olvidar la creación de infraestructuras y el refuerzo institucional al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social².

Entre las líneas adoptadas por la organización, se encuentra la de fomento del liderazgo, que implica trabajar, tanto desde el nivel central, como del periférico, en el empoderamiento de los actores locales a la hora de definir las estrategias de salud.

El objetivo específico de la consultoría es la elaboración de una estrategia de participación comunitaria en salud en Guinea Ecuatorial, adaptada a contexto y factible a corto y medio plazo.

Objetivos específicos y resultados esperados³

Objetivo Específico 3	La población toma conciencia y participa activamente en el desarrollo y sostenibilidad del sistema socio-sanitario para elevar su nivel de bienestar social
Resultado 3.1	La población dispone de animadores socio-sanitarios (agentes sociales de promoción sanitaria y desarrollo) para la movilización de la comunidad apoyados por los Equipos de Primer Nivel
Resultado 3.2	Se involucra a la población y a la administración en la creación de proyectos asistenciales sostenibles para grupos vulnerables a lo largo del Convenio.
Resultado 3.3	Se han estimulado y promocionado actitudes y hábitos saludables y de participación comunitaria en la población infantil y juvenil de las Áreas de Salud de influencia

La FRS firma un contrato para la consultoría con la Asociación ANTÍGONA Procesos Participativos, con las siguientes fases de realización:

Fase de gabinete: 3 semanas. Estudio de la documentación previa, búsqueda de información y bibliografía.

Fase en terreno: 2 semanas. Desarrollo de la estrategia en Guinea Ecuatorial.

Fase de gabinete: 3 semanas. Elaboración del documento final.

Para la fase de documentación se ha contado con la colaboración de la FRS, que ha facilitado documentos relativos al propio desarrollo del convenio, así como los relacionados con otras consultorías que en algunos de sus aspectos podrían conectar con el desarrollo de la estrategia de participación.

De igual forma se han revisado las posturas de organismos internacionales relacionados con salud y los documentos producidos en torno a la Atención Primaria y la Participación Comunitaria.

² Memoria FRS 2010.

³ Ver “Términos de Referencia” en el apartado Anexos.

Para los aspectos relacionados directamente con la metodología se ha recurrido a textos (algunos de producción propia) y artículos diversos y a relatos de experiencias de implementación de estrategias de participación similares realizadas en otros países.

El informe está estructurado en cuatro bloques:

- El primero tiene por objeto contextualizar la temática sobre la que hemos trabajado, describiendo por un lado el sistema de salud de Guinea Ecuatorial, y por otro, especificando el marco conceptual que ha orientado dicho trabajo.
- En el segundo bloque se describe el trabajo realizado en terreno, así como el diagnóstico elaborado a partir de la sistematización y el análisis de los discursos recogidos con las diferentes técnicas utilizadas.
- El tercer bloque contiene las propuestas que realizamos en función del diagnóstico elaborado y de la contextualización. Aparte de la estrategia que se propone, incluye un apartado previo en el que se especifican los lineamientos en los que se basa dicha estrategia, así como un apartado final en el que se proponen una serie de criterios que permitirían evaluar la misma.
- En el último bloque se incluyen una serie de recomendaciones a la FRS, así como los anexos y las fuentes consultadas.

Agradecemos a todas las personas que desde sus diferentes ámbitos de trabajo o personales nos acogieron, nos transportaron, nos acompañaron, nos permitieron compartir tiempo de su trabajo o nos informaron para facilitar el nuestro; sin ellas no hubiera sido posible la realización de este informe, por lo que, en gran parte, les pertenece y deberían ser las primeras en leerlo y utilizarlo.

BLOQUE I: CONTEXTUALIZACIÓN

I.1. El Sistema de Salud de Guinea Ecuatorial

Desde que en el año 1983, en el distrito de Evinayong se trata de superar, con una experiencia piloto, el concepto de que es el hospital donde únicamente pueden solucionarse los problemas de salud, la estrategia empieza a cambiar y se replantea en el sentido de dar respuesta a las necesidades de la población desde otros ámbitos: creación de equipos móviles y formación de agentes de salud y parteras tradicionales.

Desde el año 1986 se adopta la estrategia de APS (Atención Primaria de Salud) con la intención de extenderla a todos los distritos, que ve reconocido su éxito de implantación por las autoridades de la OMS (Organización Mundial de la Salud). La estrategia se continúa aplicando hasta 1994, año en el cual, por motivos de carácter político, las cooperaciones internacionales (actor fundamental en la implementación de la estrategia), abandonan el país, suponiendo un varapalo del que el sistema tardaría mucho tiempo en recuperarse.

Es a partir de la Conferencia Nacional de Salud del año 2002, cuando se retoma la intención de volver a revitalizar la implantación de la APS, con la estructura que a continuación se describe:

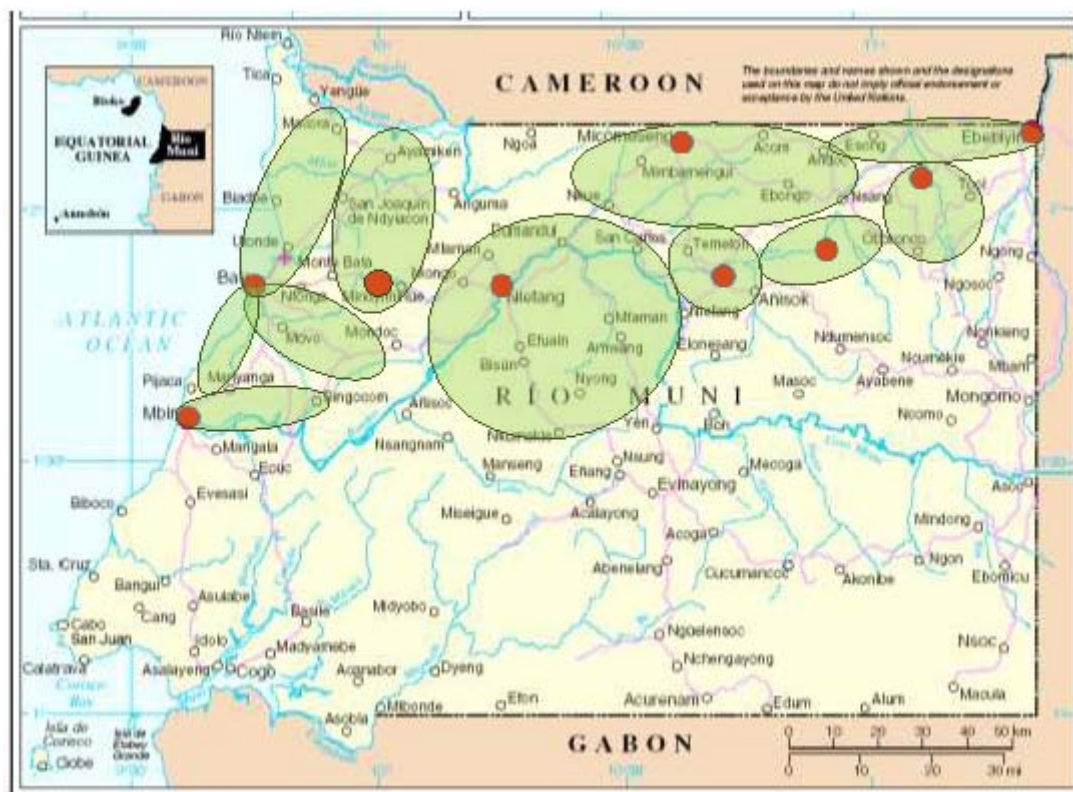
“El distrito sanitario, basado en la estrategia de la Atención Primaria de Salud , es la unidad básica, bien organizada, más autónoma, integrada y periférica de un sistema de salud que comprende una población bien definida, que vive en un territorio administrativo y geográfico, claramente delimitado, sea éste urbano o rural. Incluye a todas las instituciones e individuos que prestan atención de salud en el distrito, pertenezcan al gobierno o a la seguridad social, o sean de carácter no gubernamental, privado o tradicional.” (Organización Mundial de la Salud)

Los distritos sanitarios definen las Áreas de Salud que tienen de referencia los diferentes centros sanitarios (en la mayor parte de los casos se trata de centros de salud y en menos casos, de hospitales distritales) mayoritariamente de titularidad pública, aunque también de carácter privado. Cada centro de referencia tiene un área de influencia que agrupa a varios poblados, dotados de Puestos de Salud, en los que trabajan los Agentes de Salud y las Parteras Tradicionales.

En la actualidad, repartidos entre el territorio continental y el insular, la FRS apoya el sistema de atención primaria en 9 centros públicos y 5 centros de salud privados, con 189 puestos de salud. Muchos de los agentes han sido contratados por la función

pública del MINSABS y se espera que, a corto plazo, el Ministerio incorpore a los que quedan sin nombrar⁴.

Localización geográfica centros de salud apoyados actualmente por la FRS



⁴ Resumen de actividades FRS. Atención Primaria de Guinea Ecuatorial.

Áreas de salud apoyadas actualmente por la FRS

Áreas de salud	Centros sanitarios de referencia en cada área	Titularidad de los Centros	Nº poblados áreas de influencia	Nº puestos de salud funcionando	Agentes de salud en activo	Parteras tradicionales en activo
Ayene (Añisok)	C. S.15 de Agosto	Público	22	18	31	47
Bata - Centro	C. S. María Gay	Privado	14	11	18	18
Bata - Sur	C. S. María Rafols	Privado	26	22	34	32
Bata - Norte	C.S. La Libertad	Público	16	10	10	19
Machinda (Bata)	C. S. Sagrada Familia	Público	25	21	21	28
Mbini	C. S. Bitica y Hospital	Público	37	22	23	57
Niefang	C. S. Nkimiy y Nkumekien	2 Público	46	28	31	52
Mikomeseng	Hospital Distrital	Público	28	17	29	120
Mokom (Mikomeseng)	Mokom	Privado	10	8	14	40
Okong-Oyec	Okong-Oyec	Público	17	10	12	29
Ebebiyin	C.S. Angokong	Privado	19	8	9	15
Bioko Norte	Alfonsa Cavin (Sampaka)	Privado	8	6	11	10
Bioko Sur (Luba)	Moka, Batete y Hospital	Públicos	9	8	17	11
			277	189	260	478

En la Guía para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud a nivel de distrito orientada hacia la autogestión y la descentralización, editada por el Ministerio de Sanidad y Medio Ambiente de Guinea Ecuatorial, se define el distrito sanitario como “el escalón periférico del SNS..., que es la unidad operativa del Sistema de Salud y que cuenta con el Equipo de Salud Distrital como órgano de gestión, coordinación y de apoyo técnico. Es dirigido por la persona designada por el Ministerio de Sanidad o en su defecto por el Director del Hospital y asistido por su Asesor Técnico (cooperante) donde lo hubiera y tiene su sede en el Hospital Distrital. Se estructura en tres niveles:

- Primer nivel: Puestos de Salud con el Comité de Salud como Órgano de Gestión, con el apoyo del Equipo de primer nivel.
- Segundo nivel: Centro de Salud con el Equipo de Salud del Centro como Órgano de Gestión y Dirección. A su vez tendrá un Equipo de Primer Nivel (Equipo APS) para los pueblos o barrios de su área de influencia.
- Tercer nivel: Hospital Distrital con el Consejo Directivo como Órgano de Gestión y Dirección”.

Los distritos sanitarios tienen como principios de referencia:

- La universalidad, por la que todas las personas, sin discriminación, tienen derecho a la salud y al conjunto de los servicios ofertados en el distrito.
- La integralidad, que busca la prestación continuada de los servicios, que deberán estar integrados en el territorio para atender a la población que habita en éste, a través de la atención primaria y de la atención hospitalaria.
- La equidad en el acceso a los servicios para la población más vulnerable y que afronta, por su situación, los mayores riesgos de enfermedad y muerte.
- El derecho a la información, que responsabiliza a los gestores para garantizar el derecho a la información sobre la salud individual y los riesgos que pueden afectar a su comunidad, a todas las personas usuarias de los servicios.

La gestión del sistema de salud del distrito está a cargo de una serie de estructuras creadas por decisión política, cuyos componentes esenciales son:

- **Comité de Desarrollo Distrital**

Mediante el cual se gestionan las iniciativas locales derivadas de estrategias nacionales y regionales y se convierten en actividades las políticas gubernamentales. Lo forman, además del Delegado del Gobierno, el Alcalde del Ayuntamiento cabecera de Distrito y los vocales de instituciones sociales y religiosas.

- **Comité de Salud Distrital**

“Es un sub-Comité integrado en el Comité de Desarrollo Distrital, encargado del desarrollo del Sector Salud. Presidido por el Delegado de Gobierno y el Responsable del Equipo de Salud del Distrito (Director Hospital-Asesor Cooperación) como secretario y como vocales, el Alcalde del Ayuntamiento cabecera del Distrito. Del mismo forman parte vocales en representación de servicios y de las Comunidades elegidas por los Comités de Salud”⁵

- **Equipo de Salud Distrital (ESD)**

Tiene como objetivo la mejora de la salud individual, familiar y comunitaria mediante la aplicación de la estrategia de APS. Coordina, gestiona, supervisa y controla los programas y servicios del distrito, hospital distrital y centros de salud de su ámbito de influencia. El jefe de salud del distrito preside y coordina el equipo de salud; también asesora al Comité de Salud Distrital, que preside el Delegado Distrital de Sanidad.

⁵ (Decreto 90/99) (Anexo 11.8).

“Es el organismo encargado de ejecutar las actividades de Salud del Distrito, emanadas de los planes operacionales de los Comités de Desarrollo y de Salud del Distrito. Contará a su vez con un equipo móvil.”⁶

“Su objetivo es garantizar la mejora de la salud del individuo, la familia y la comunidad, a través del desarrollo de la estrategia de APS en el Distrito”⁷.

- **Director del Distrito Sanitario**

Llamado también Responsable del Equipo de Salud, debe ser profesional de la salud, médico o sanitario, con formación en Salud Pública o Gestión; representa a la autoridad sanitaria dentro del Distrito y sus funciones son asimilables a las establecidas a las Direcciones Provinciales en vigor por la normativa.

- **Centro de Salud**

Su responsabilidad es la atención integral de la salud de la población incluida en su área de influencia y funciona como apoyo y referente geográfico. Hace labores preventivas, de promoción de la salud, asistenciales, de investigación y formación y se apoya, para su funcionamiento, en un equipo y un Consejo Directivo.

- **Equipo de Atención Primaria de la Zona Básica**

Trabaja de manera integrada en la Zona Básica de salud en actividades que tienen que ver con la promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades y curación y rehabilitación de la salud de las personas y las comunidades. Funciona en equipo, formado por profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, bajo la dirección del Director del Centro de Salud y del Consejo directivo.

- **Consejo Directivo del Centro de Salud**

Está presidido por el Director del Centro de Salud y es el órgano que decide y gestiona adecuadamente, con carácter legal, el funcionamiento del centro. El equipo de salud y los representantes de la comunidad forman parte de él.

- **Puesto de Salud**

Es el elemento básico en el Distrito Sanitario y su función es realizar el contacto directo con la población y las comunidades, siendo responsable de la atención integral dentro de la jurisdicción correspondiente.

- El **Responsable de Salud del Distrito** garantiza el desarrollo de la estrategia de APS en el distrito y es designado por el Ministerio de Sanidad o por la Dirección del Hospital Distrital.

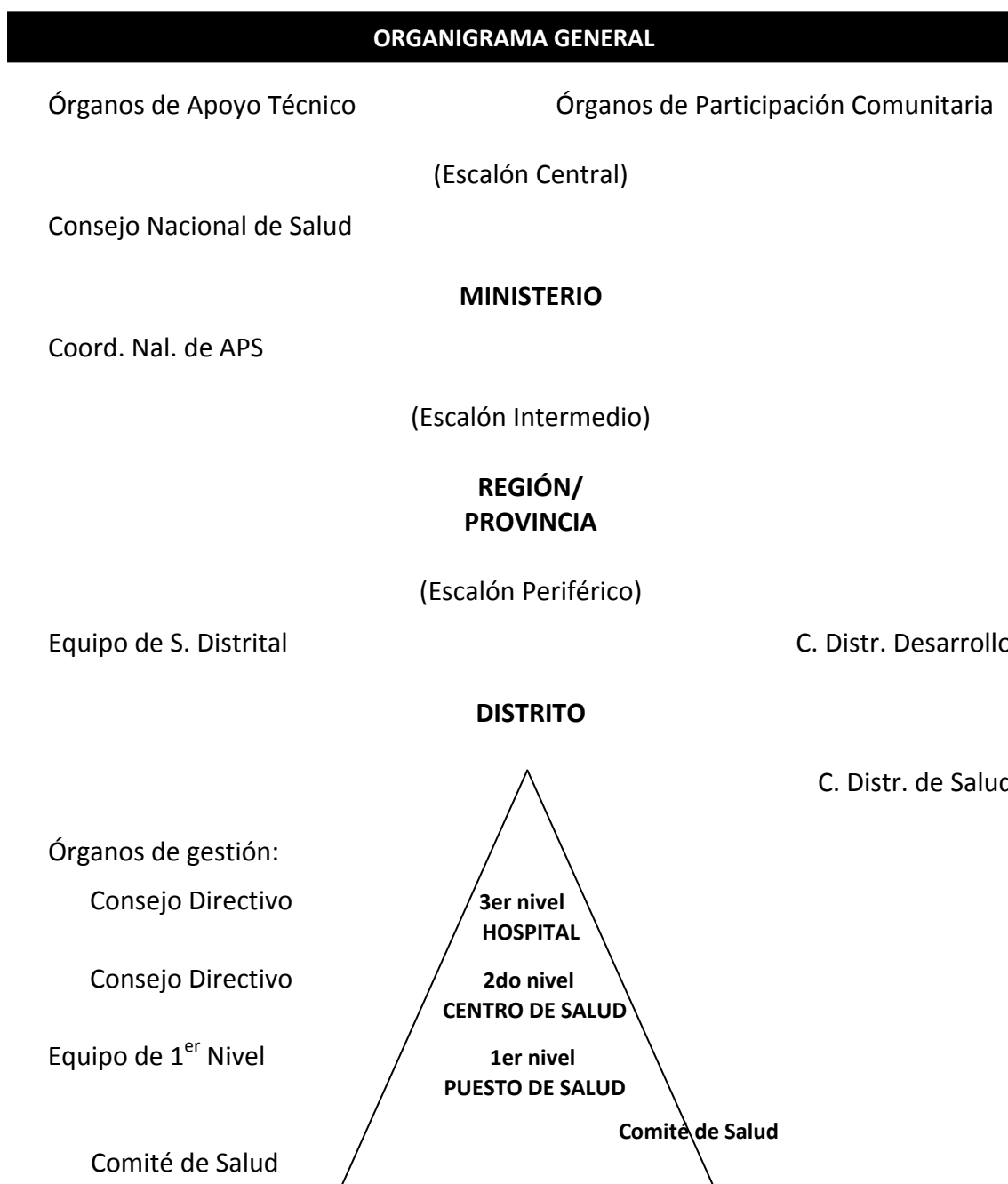
Como órganos de gestión y participación comunitaria, existen los Comités de Salud, (de Comunidades de Vecinos o Consejos de Poblados, dependiendo de su ubicación

⁶ (Decreto 90/99) 104.

⁷ Guía para el desarrollo de la APS a nivel de distrito orientada hacia la autogestión y la descentralización. Salud y Desarrollo, 1997. (“Libro Marrón”)

urbana o rural). Los Puestos de Salud, a través de los Equipos de Primer Nivel, reciben apoyo técnico a través de los Centros de Salud y de los Equipos de Salud Distrital. Igualmente, los Centros de Salud y los Hospitales Distritales procuran, para su área de influencia, prestaciones del Primer Nivel. Las prestaciones que se ofrecen en los Puestos de Salud, serán para los barrios que se encuentren ubicados en su zona de influencia, dentro de un radio de 5 kilómetros, o a una hora a pie.

Organigrama general del Sistema Nacional de Salud⁸



⁸ “Libro Marrón”.

El contexto descrito anteriormente define el punto de partida del replanteamiento de una estrategia de participación comunitaria en salud. Los elementos políticos y técnicos de los que se compone deben combinarse con los actores en el ámbito sanitario para que, a través de un trabajo conjunto de reflexión y planteamientos de acción, se pueda articular un nuevo marco de intervención en el que se pueda implementar la nueva estrategia.

I.2.MARCO CONCEPTUAL

I.2.1. Lugar de la participación en la APS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Conferencia de Alma Ata del año 1978, definió la Atención Primaria de Salud (APS) como; “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.⁹

Diferentes declaraciones emanadas de otras conferencias, remarcan la importancia capital de los principios de Promoción de la Salud de la Carta de Ottawa (1986) en la que, recogiendo los frutos del trabajo anterior, profesionales de la salud, representantes de gobiernos, organizaciones de voluntariado y académicos, consiguieron ponerse de acuerdo para definir objetivos de cara al futuro, recogidos en la estrategia “Salud para todos en el año 2000”.

Esta Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en la Carta de Ottawa define la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar”¹⁰.

En este mismo documento, se establecen las tres principales estrategias a seguir: ABOGAR, trabajando para que el conjunto de factores políticos, sociales, ambientales, económicos, biológicos y culturales, puedan favorecer a la salud; CAPACITAR, procurando que se cumpla el principio de equidad en el acceso a los recursos y oportunidades, formando a todo el mundo de cara a conseguir el máximo potencial en salud (atendiendo especialmente a paliar las diferencias entre hombres y mujeres) y MEDIAR, persiguiendo la acción coordinada de todos los sectores implicados, desde lo gubernamental a lo técnico, pasando por asociaciones de la sociedad civil y

⁹ OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978.

¹⁰ OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. 1989.

profesionales sanitarios para conseguir una implicación real de personas, familias y comunidades en la consecución de su salud.

Otro elemento en el que se hace especial hincapié es la necesidad de que todas las estrategias y programas deben desarrollar, como factor determinante para conseguir su éxito, la capacidad de adaptación a las posibilidades y necesidades locales de cada país, teniendo en cuenta sus peculiaridades sociales, políticas, culturales y económicas.

La carta de Ottawa propone cinco Áreas Estratégicas:

- Logro de políticas saludables
- Fortalecimiento de la organización y participación comunitaria
- Desarrollo de habilidades personales
- Creación de ambientes saludables
- Servicios de salud reorientados hacia la equidad, calidad y prevención

La NEPAD (Nueva Alianza para el Desarrollo de África) ha formulado una estrategia para el desarrollo de la salud, en el marco de la Unión Africana. Igualmente, la Conferencia de Ministros de Salud de la Unión Africana, celebrada en Johannesburgo en abril de 2007, a través de la Estrategia de Salud para África, 2007-2015 ha formulado algunas recomendaciones y conclusiones que para el desarrollo efectivo de la participación en salud: “Los miembros de la comunidad son con frecuencia concebidos como consumidores cuando, no obstante, constituyen una fuente potencial que podría ser dirigida y aprovechada para fortalecer los sistemas de salud. Los países y regiones necesitan disponer estrategias para empoderar e implicar a las comunidades de modo que permitan la apropiación y la sustentabilidad de los programas. La participación de la comunidad no debería únicamente limitarse a compartir los costes”¹¹.

En la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Jakarta en 1997¹², se plantea que los procesos de movilización social para el desarrollo de la participación genuina y del empoderamiento (proceso a través del cual los grupos son capaces de expresar sus inquietudes, participar en las decisiones y lograr acciones), son otra de las estrategias relevantes de la promoción de la salud.

Como se puede comprobar a partir de las recomendaciones realizadas desde los diferentes organismos y entidades internacionales que se ocupan de la salud, existe un elevado consenso respecto a que la APS constituye la principal y más efectiva

¹¹ África Health Strategy: 2007-2015. Strengthening of Health Systems for Equity and Development in África. Third Session of the African Union Conference of Ministers of Health. Draft Rv 2. Johannesburg, South África. 9-13 April 2007.

¹² Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 4. Jakarta, Indonesia, 1997.

estrategia para promover la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona, y que la participación constituye un factor clave a la hora de implementar dicha estrategia. Las personas y las comunidades son el eje protagonista de los procesos de salud, como miembro de una comunidad o como colectivo y de manera individual u organizada y pueden tomar parte en la construcción y producción de la salud.

Un entorno social movilizado requiere que los ciudadanos y ciudadanas dispongan de manera permanente de unos conocimientos, capacidades y poder suficientes para sostener unas condiciones de vida saludable y un acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad. Para ello se requiere que, de forma coordinada y sistemática, se realicen actividades de formación encaminadas al desarrollo de la comunidad, asesoramiento técnico y fomento de la creación y consolidación de redes sociales.

La participación social en el ámbito de la salud, sería el requisito para poder implementar políticas sanitarias definidas por el conjunto de actores implicados (instituciones, usuarios, profesionales, organizaciones), durante el proceso de identificación de problemas, búsqueda de soluciones y evaluación de los logros.

I.2.2. Nuestro enfoque de la participación

En los últimos años hemos podido comprobar el lugar cada vez más protagonista que va teniendo la participación en el discurso de la gran mayoría de las administraciones, los organismos públicos e incluso en el ámbito privado. Esto se ha dado en todos y cada uno de los sectores en los que suele desagregarse el campo social (medio ambiente, cultura, urbanismo, educación...). El campo de la salud, como es lógico, no ha sido ajeno a este proceso de “puesta en valor” de la participación como uno de los elementos clave a la hora de diseñar e implementar cualquier plan o proyecto.

Esta preocupación por la implicación de las personas como elemento que garantizaría el éxito de las políticas públicas, planes o proyectos que se implementan, ha generado una extensa bibliografía en torno a la necesidad de motivar a la ciudadanía a participar, así como un sinnúmero de estudios orientados a desentrañar qué actitudes individuales o factores institucionales podrían motivar una mayor participación, tratando de encontrar los factores explicativos de la no participación y de identificar los elementos que la favorecerían.

Al mismo tiempo que se ha dado esta abundante producción de textos centrados mayoritariamente en la aplicación de unas u otras técnicas que podrían promover la participación, hemos asistido a una falta generalizada de investigaciones que aporten un método participativo cualificado, que permita “llevar” la participación a los nuevos escenarios a los que hoy nos enfrentamos. La principal víctima de esto han sido las mismas experiencias participativas y la ciudadanía, que como protagonista de aquéllas, ha visto como su participación se traducía, a veces, en procesos difusos, vagos, incompletos, con diverso grado de contradicción y, muchas veces, inoperativos. En este sentido, se ha hablado y se sigue hablando mucho de participación, pero el método empleado para concebirla difícilmente ha superado la lógica de la negociación de intereses y la protesta¹³.

Desde nuestro punto de vista, hay preguntas previas que la mayoría de las veces se dan por supuestas o simplemente se ignoran, y que consideramos cruciales para entender tanto la participación, como su sentido: por qué participar, para qué y cómo participar¹⁴.

El enfoque de la participación (por qué y para qué participar) que subyace a cualquier estrategia que se plantee es un elemento crucial, ya que condicionará las metodologías

¹³ [La democracia en acción: participación de la ciudadanía en la gestión pública. Metodologías Participativas y Presupuestos Participativos](#). Pablo Paño; Ernesto Ganuza; Lucrecia Olivari. Antígona Procesos Participativos, 2010. PARLOCAL, “Escuela de Políticas Públicas de Participación Social”.

¹⁴ “El voler, el saber i el poder participar”, “Pla d’acció integral del Solsonés. Volum 1, [Apuntes metodològics](#).”. Vilaseca Puigpelat, M; Mateu Martínez, A; Planell Aymerich, R. Associació l’Arada, 2009.

que se implementen (cómo participar). Y el enfoque no aparece sólo en lo que se plantea a nivel discursivo sino sobre todo se plasma en las prácticas que todos y cada uno de los actores implicados realizan en lo cotidiano.

Si nos centramos ahora en el amplio abanico de experiencias que se han puesto en marcha en los últimos años como correlato de este impulso de la participación desde los discursos oficiales (que tiene su correlato también a nivel de las redes informales y no organizadas), podemos identificar diferencias sustantivas en los enfoques que plantean, y, por tanto, en el nivel de participación que promueven.

Podemos encontrar experiencias que incorporan un mínimo grado de participación, limitándose a *proporcionar información* a los interesados (Oficinas de atención ciudadana, webs institucionales, boletines informativos,...), otras que incorporan *mecanismos consultivos* más o menos innovadores que permiten, además, recoger la opinión de los implicados sobre diferentes temáticas (Webs interactivas, encuestas, referéndums,...). Un tercer tipo de experiencias apuestan por una *participación activa*, incorporando mecanismos ya sea deliberativos (jurados ciudadanos, encuestas deliberativas,...) o implicativos (planes comunitarios, presupuestos participativos,...).

En el ámbito de la UE, los servicios nacionales de salud han querido impulsar una cultura de la participación centrándose mayoritariamente en los niveles informativo y consultivo. Así, es frecuente encontrar en muchos países europeos consultas preliminares como manera de incorporar la participación al análisis de la realidad necesario para el diseño, desarrollo o evaluación de planes y programas de salud; sin embargo, dichas consultas tienen con frecuencia un sesgo técnico importante: diseñadas por profesionales, convocan a profesionales mayoritariamente o en exclusiva, y a representantes de agentes sociales organizados, pero muy raramente las comunidades y las personas destinatarias de dichos planes o programas tienen cabida en tomas de decisiones clave. La participación de la población se considera más bien como apoyo prestado mediante asistencia a las convocatorias, como feedback en respuesta a una serie predeterminada de preguntas e indicadores, como valor testimonial para concienciar o reforzar argumentos de un discurso, como usuarios de un servicio. Es posible, sin embargo, identificar algunas experiencias en las que se aprovechan espacios y canales institucionales creados para llevar la participación hacia otro niveles.

Así, centrándonos en el campo de la salud, podemos identificar distintas formas de participación social, que implican, a su vez, diferentes enfoques de la participación.

Formas de participación social en la Salud¹⁵

Colaboración: La participación se entiende como la colaboración de los usuarios con los programas institucionales. Suele estar patrocinada o tutelada, y comúnmente no se orienta a fortalecer la posición de la población frente a los servicios para desarrollar capacidades críticas, autodeterminación y crear conciencia sobre los derechos de las personas como sujeto de acción para resolver sus problemas.

Cogestión: Este tipo de participación implica la capacidad de interlocución, negociación y concertación de todos los actores sociales para el desarrollo de la salud. La cogestión interviene en las decisiones, y supone una descentralización y una democratización de los mecanismos para gestionar el poder.

Autogestión: puede surgir a través de procesos inicialmente acompañados o asesorados y derivar en un proceso más autónomo, ya sea porque la institución a cargo lo promueve, o porque la organización asesorada comienza a necesitar en algún momento de una mayor autonomía.

Negociación: Este tipo de participación se mueve dentro de una lógica diferente; mientras el Estado y sus instituciones asumen la responsabilidad del desarrollo social (al estimar que es obligación de éste prestar servicios a toda la población con eficiencia y calidad), quedan a cargo de la población el autocuidado y el mantenimiento de hábitos saludables.

Atención Primaria De Salud (APS): Es el proceso participativo, descentralizado e intersectorial, para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes, otorgándole la prioridad a los sectores más vulnerables. En la APS se sustentan los conceptos de desarrollo social, gestión participativa, manutención de la salud, prevención y control de riesgo, autocuidado e integración de los tres niveles del sistema de salud.

Si bien tanto en las políticas públicas del MINSAB como en las líneas de actuación de la FRS hay una apuesta clara por el modelo APS, y, en consecuencia, por el enfoque de participación que éste implica, muchas veces, en la práctica misma, se oscila entre diferentes enfoques, promoviendo distintas formas de participación.

Esta oscilación entre diferentes enfoques de la participación está presente en la gran mayoría de experiencias, sobre todo en aquellas que aspiran a implementarse en un ámbito territorial más allá de lo local. Podríamos decir que, cuanto más amplio es el ámbito de actuación de una experiencia participativa, se hace más difícil mantener una coherencia que impregne a la totalidad de las diferentes acciones que se llevan a cabo.

En tanto, como decíamos, consideramos que el enfoque que se tenga de la participación constituye un factor clave, proponemos analizar en detalle una de las

¹⁵ Participación social en salud: Reflexiones y herramientas para la acción desde Chile. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Diciembre 2009.

definiciones de participación comunitaria que se manejan en salud, desagregando los diferentes elementos que encierran.

La participación comunitaria se construye a lo largo de un proceso. Se inicia cuando varias personas deciden compartir necesidades, aspiraciones y experiencias con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida. Para eso, se encuentran, se organizan, identifican prioridades, dividen tareas, establecen metas y estrategias de acuerdo con los recursos (financieros, técnicos y humanos) existentes y con aquéllos que se pudieran obtener a través de alianzas... Tener una comunidad organizada no significa necesariamente una comunidad participativa. Para que haya participación, la comunidad debe estar organizada como grupo, con objetivos establecidos; tener el derecho y la responsabilidad de tomar decisiones que puedan ser efectivas y, principalmente, poder decidir sobre las cuestiones que afectan la vida de sus miembros¹⁶.

LA PARTICIPACIÓN ES UN PROCESO. No podemos diseñar la participación en torno a “momentos” puntuales en los que invitemos a la gente a participar. En cualquier contexto (barrio, comunidad, organización...) existen canales y formas en las que la gente participa, de las cuales tendremos que partir a la hora de implementar cualquier proyecto participativo. Los tiempos de la participación no coinciden con las fechas de comienzo y finalización de los proyectos que se implementan: es una especie de espiral en la que las intervenciones que planteemos se deben insertar, partiendo de “lo que hay”, de la situación actual del contexto de intervención, intentando “empujar” esa espiral a que dé una vuelta más para que, en el momento que el proyecto finalice, queden instaladas en el territorio unas capacidades que le permitan seguir avanzando en ese proceso.

LA PARTICIPACIÓN SE CONSTRUYE. Trabajar de manera participativa implica, ante todo, un cambio de hábitos, de actitudes... y este es un proceso lento, que se sustenta, se muestra y se promueve en los más pequeños detalles de lo cotidiano. En definitiva, lo que un proceso participativo intenta potenciar y construir son “otras formas de relacionarse”, otras formas de pensar la realidad y de actuar en ella.

LA PARTICIPACIÓN ES UN APRENDIZAJE. Este proceso se construye y lleva su tiempo, ya que debemos primero desaprender para luego aprender a funcionar con otras lógicas. No estamos habituados a trabajar con un enfoque participativo, no es habitual que encontremos espacios que propongan estas lógicas que, por tanto, no tenemos incorporadas.

¹⁶ [Guía de los alcaldes para promover calidad de vida](#). Municipios y comunidades saludables. División de Promoción y protección de la salud. OPS.

- **TODOS TENEMOS QUE APRENDER A PARTICIPAR.** No se puede achacar la “falta de participación” sólo a la gente. Los técnicos y los gobernantes también tenemos que aprender a participar. La participación no se practica de manera unilateral, debe construirse entre todos y todas.
- **TODOS TENEMOS UN LUGAR Y UN ROL EN UN PROCESO PARTICIPATIVO.** En todo proceso participativo se implican diferentes perfiles de actores (instituciones/técnicos/población) y cada uno juega un papel diferente en tanto tiene unos saberes también diferentes: las instituciones conocen y tienen la capacidad para intervenir a nivel de las normas y reglamentos, los técnicos saben acerca del tema (expertos temáticos) y la población conoce de primera mano las dificultades/problemáticas a las que se enfrenta en su día a día (expertos vivenciales). Un primer paso en este proceso de aprendizaje es el de reconocer cuál es mi papel, desde qué lugar apporto a este proceso, y el de respetar los saberes del resto de actores, ya que todos son fundamentales si queremos construir algo nuevo juntos.
- **A PARTICIPAR SE APRENDE PARTICIPANDO.** No es posible “transmitir” teóricamente qué es o qué implica participar, es necesario experimentarlo, formar parte de este proceso de construcción colectiva.
- **LA PARTICIPACIÓN EMPIEZA EN LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES/PROBLEMÁTICAS COMUNES.** Participar no es asumir las propuestas que otros elaboran para resolver mis problemas, tengo que poder participar en la identificación de esos problemas, de lo contrario es imposible asumir como propias las propuestas, ya que son pensadas desde otra lógica, y muchas veces vienen a intentar resolver (aún con la mejor buena voluntad) problemas que no siento como propios, problemas de y para otros.
- **LA PARTICIPACIÓN ES UN DERECHO Y UNA RESPONSABILIDAD.** Muchas veces pensamos la participación como una obligación, lo que nos lleva a medir la participación en términos de las personas que “responden” o no a las consignas que planteo. Tenemos el derecho y la responsabilidad de participar en los temas que nos atañen, que afectan nuestra vida cotidiana, pero para eso debemos tener la posibilidad de participar en la identificación de esos temas.

*Podemos definir la participación como un **proceso de implicación** mediante el cual los **diferentes actores plantean los problemas y soluciones**, con metodologías y herramientas que fomentan la **creación de espacios de reflexión y diálogo colectivos**, encaminados a la construcción de conocimiento común. Este abordaje tiene en cuenta el **escenario específico** donde tiene lugar el proceso y las alternativas, en un contexto determinado política, social y económicamente, **con el objeto de mejorarlo**.*

BLOQUE II: DIAGNÓSTICO

II.1. Trabajo en terreno

Tal como estaba previsto en los Términos de Referencia, dispusimos de dos semanas de trabajo en terreno, tiempo claramente insuficiente para, desde nuestro planteamiento, incorporarnos a un proceso de observación y recogida de información de algo tan poco perceptible a primera vista como es la participación.

A la hora de organizar el trabajo en terreno, nuestro planteamiento a la FRS consistió en elegir dos experiencias concretas a efectos de trabajar de una manera integral con la totalidad del equipo, para realizar participadamente un diagnóstico de la situación actual de la participación a partir de las problemáticas que les afectan, para luego reflexionar y elaborar colectivamente unas líneas de actuación consensuadas. Al disponer de tan poco tiempo, la posibilidad de realizar un diagnóstico y elaborar una propuesta con los implicados resultaba inviable, por lo que la opción más acorde a nuestro planteamiento consistía en trabajar, el menos, con dos equipos que estuvieran desarrollando experiencias significativas en participación, en lugar de dispersar esfuerzos en múltiples desplazamientos y cambios de ubicación.

Hablamos de “experiencias significativas” como aquellas que pudieran aportar, desde sus dificultades, éxitos o fracasos, elementos de reflexión al resto del colectivo profesional y a las personas de las comunidades implicadas. No se trataba, por tanto, de elegir experiencias “estrella”, pues aunque lo cuantitativo y lo cualitativo de las realidades tengan su importancia, en realidad era el aspecto de lo relacional (lo participativo) en lo que nos interesaba incorporarnos.

Lamentablemente, el final del año, coincidente en este caso con el final de convenio, con lo que ello implica de cierres económicos, entregas de memorias, finalización de formaciones pendientes, etc., impidió materializar esta opción.

A cambio, la organización se prestó a organizarnos la agenda durante nuestra estancia, lo que supuso, desde nuestro punto de vista, renunciar al enfoque inicial, y a algunos de los planteamientos esenciales de la consultoría (el trabajo integral y continuado con el conjunto de actores implicados en la participación). La planificación se realizó en una reunión en la sede de FRS con la Coordinadora, el Coordinador Médico y el personal de administración.

El trabajo se desarrolló, tanto en la isla como en el continente, con un matiz básico: al ser Malabo el referente institucional por excelencia, la mayoría de los encuentros con entidades oficiales se produjeron allí, mientras que en el continente se contactó mayoritariamente con personal del nivel técnico, básicamente del sector salud, y algunos otros actores sociales de sectores estratégicamente relacionados, como la educación.

Las entrevistas institucionales incluyeron:

- Delegada de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer y Delegada Provincial de Bata de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer.
- Delegación del Ministerio de Sanidad en Bata: Delegado titular del Gobierno y Delegados Distritales y Presidentes de Comunidades de Vecinos.
- Ministerio de Sanidad y Bienestar Social: Director General de Asistencia y Coordinación Hospitalaria.
- Ministerio de Sanidad: Coordinadora Nacional del Programa de Lucha contra el Paludismo.
- Ministerio de Sanidad: Asesor Técnico de la Dirección Nacional de APS.

Los encuentros con el personal técnico fueron:

- Visita al centro de Salud de Sampaka (Recorrido y observación participante).
- Equipo Distrital de APS de Mbini (Litoral). Estancia y recorrido en el Hospital Distrital; entrevista con el Director Gerente y personal de la Cooperación cubana. Entrevista con Coordinadora local de APS de Mbini. Asistencia a formación por parte del equipo de APS de Presidentes/as de Comités de Salud y Agentes de Salud y, en jornada diferente, de Parteras Tradicionales. Entrevista conjunta a la Coordinadora expatriada del equipo y al Animador y Responsable de Saneamiento Ambiental del mismo.
- Encuentro con Equipo de Salud del distrito de Niefang, desplazamiento al Centro de Salud de Nkimi, observación participante del desarrollo del trabajo y entrevista a la enfermera del equipo.
- Entrevista grupal en Delegación del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social en Bata con el Coordinador Regional de Trabajo Comunitario, el Director del Centro de Salud “La Libertad” y el Responsable del equipo de APS en el Centro de Salud “María Gay”
- Visita al Centro de Salud “María Gay”, guiada por su Directora.

Otros encuentros

- Visita y entrevista en el Seminario Menor de la Catedral de Bata con el Hermano de Lasalle responsable de la formación de catequistas; encuentro con los y las catequistas y conversación colectiva sobre sus experiencias.

- Visita al Centro Educativo “María Rafols” de Mbini y entrevista grupal con las hermanas responsables.
- Visita a la sede de UNICEF en Malabo, recogida de material y asistencia posterior en el barrio de Ela N’gema a un acto con escolares de centros públicos y privados en conmemoración del Aniversario de la Declaración Universal de los Derechos del Niño.
- Visita al Centro Cultural Español en Malabo y encuentro con su Director y, a sugerencia de éste, entrevista con el Responsable de la OTC (Oficina Técnica de Cooperación) del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España en Guinea Ecuatorial.
- Encuentro con consultores de la FRS para Proyectos de Intervención Urbana e intercambio de opiniones.

Aún cuando la sobrecargada agenda de los Equipos Distritales de Salud nos impidió, como era nuestra intención, trabajar de una manera integral con el conjunto de personas que componen el equipo, sea cual fuere el trabajo que desempeñan, además de con las personas usuarias de los servicios, intentamos dar a las entrevistas y encuentros, sobre todo a las de tipo técnico y a las más informales, un tono de ofrecimiento abierto a la expresión de opiniones sobre su situación respecto a la salud.

Tratamos de que las visitas que implicaron recorridos fueran una fuente esencial de información, intercambiando preguntas y comentarios con las personas que estaban desarrollando sus trabajos y tomando notas en un segundo plano respetuoso cuando nuestra presencia pudiera resultar un elemento de distracción¹⁷.

La gran carencia, como ya se señaló antes, ha sido no poder contar, de forma general, con las opiniones y los discursos de amplios sectores de actores implicados en la salud: personas que participaban en cursos de formación o quienes estaban siendo atendidas en alguno de los dispositivos.

En cualquier caso, y haciendo balance de la información recogida tanto a través de entrevistas como en encuentros más informales, observación participante o reuniones institucionales, hemos tratado de completar las visiones dadas desde lo rural y lo urbano, pues a raíz de los movimientos migratorios masivos a las periferias de las ciudades en busca de mejores oportunidades de vida, están empezando a darse en los ámbitos, contextos hasta ahora desconocidos y en constante y rapidísima evolución.

La elección metodológica de unas u otras técnicas o herramientas responde a la necesidad de adecuar los recursos a los objetivos de la manera más eficaz, dadas las limitaciones temporales. Así, se utilizaron las entrevistas institucionales que nos

¹⁷ Este fue el caso en el cambio de turno matinal en un hospital distrital al que fuimos invitadas a asistir, con la fortuna de presenciar cómo se organizaron a la hora de resolver un conflicto.

permitieron conocer los posicionamientos políticos y los discursos organizativos de responsables y directivos ministeriales, así como de miembros de entidades relacionadas con los ámbitos de la salud, la educación y la participación. Para obtener la visión de los técnicos, se recurrió a las entrevistas en profundidad, tanto individuales, como grupales, con el fin de conocer, de manera detallada, las prácticas profesionales y su interacción con el resto de actores sociales de la participación en salud. Con las personas usuarias de los servicios sanitarios, sólo se pudieron mantener conversaciones informales, pues el sentido de su aportación hubiera estado en su participación colectiva en talleres participativos, nunca en entrevistas individuales que no hubieran permitido compartir su experiencia vivencial. En todos los casos, y como actitud metodológica permanente, se utilizó la observación participante que permitió conocer, más allá de los discursos oficiales o técnicos sobre participación esperados, cómo los implementan y los viven desde sus prácticas. Tratamos de que la variable rural/urbano, presente de forma permanente en la realidad guineana, no se escapara a nuestro análisis, pues supone un elemento de referencia constante en los discursos asentados y en los emergentes y conforma escenarios muy diferentes que están sufriendo cambios fundamentales en sus estructuras y en sus formas de relación.

II.2. Análisis y sistematización de discursos

Tal como lo indicamos en el apartado Trabajo en terreno, diferentes circunstancias hicieron imposible que realizáramos nuestro trabajo de la manera en que lo abordamos habitualmente. La elaboración de un diagnóstico a partir del cual se puedan definir una serie de propuestas de actuación, desde nuestro enfoque metodológico, hubiera supuesto la elaboración de un diagnóstico de manera participada. Nuestro papel como “consultoras externas” consiste en aportar unas metodologías que permitan, a los propios implicados, avanzar, desde la identificación de una serie de problemáticas comunes, hasta la definición de unas líneas de actuación para modificarlas, pero en ningún caso podemos reemplazar el derecho y la responsabilidad de los actores implicados de repensar sus discursos y posicionamientos cruzándolos con los del resto de actores.

En un proceso metodológico habitual, tras el análisis de la información recogida en terreno, devolvemos a los implicados una serie de ejes temáticos sistematizados para que puedan volver a reflexionar y elaborar así un autodiagnóstico. Lo que presentamos a continuación no pretende ser, por tanto, un diagnóstico acabado, sino un paso previo y necesario: el material generado a partir del análisis de la documentación, la escucha de las entrevistas y la revisión de notas, sistematizado en torno a una serie de ejes temáticos comunes que aparecieron de manera recurrente. Devolvemos las frases textuales con la intención de que sean útiles tanto para repensar las posturas propias, como para conocer las de otros actores, acompañadas de un análisis en el que aportamos nuestro punto de vista.

Las frases seleccionadas aparecen en cursiva, y son siempre citas textuales recogidas en los encuentros con políticos y técnicos, o extraídas de los documentos consultados. Aquellas frases en las que otros actores “opinan” sobre la gente, no fueron escogidas por considerar que den cuenta de lo que la gente dice o hace (para eso deberíamos haber tomado frases textuales de la gente, y no de quien habla “de la gente”), sino que dan cuenta de cómo, desde los actores que manifiestan estas opiniones, se percibe a la gente.

Para cada uno de los ejes temáticos detallamos, en primer término, las frases que dan cuenta de las problemáticas asociadas a dicha temática, aportando luego otro bloque de frases en las que se plantea un posicionamiento diferente a partir del cual se podrían explorar líneas de actuación que permitirían desbloquear las problemáticas identificadas.

PERCEPCIÓN Y ENFOQUE DE LA SALUD

Aunque desde los manuales se presenten definiciones integrales de la salud, y muchas de las formaciones pretendan trabajar desde esta visión integral que se correspondería con el enfoque de la APS, en los discursos (y las prácticas mismas) aparecen visiones reduccionistas del tipo: salud como sinónimo de falta de enfermedad, enfermedad grave igual a paludismo, participación como asistencia.

“Los problemas son individuales” (Responsable político)

“Para ellos la salud no es prioritaria..., el único problema de salud que reconocen es el paludismo” (Responsable de programa de salud)

“Tienen un enfoque de salud como ausencia de enfermedad, cada uno mira en función de su objetivo, no hay un trabajo ni una visión integral...” (Responsable de programa de salud)

Junto a estas visiones incompatibles con el enfoque de la APS (y con cualquier intento de fomentar la participación), coexisten posturas que, en términos propositivos más que descriptivos de la situación actual, atisban o avanzan posibles soluciones para el futuro.

“La salud es individual, es familiar y es comunitaria” (Responsable ministerial)

“Para que la salud se sobreponga a la enfermedad, es preciso mudar profundamente el comportamiento cotidiano, los modos de vida, las condiciones de trabajo y de consumo, las formas de participación en la actividad comunitaria y alinear dichos principios en la agenda política de los gobiernos locales”. (Consultoría para la propuesta de organización de un modelo de distrito sanitario en Guinea Ecuatorial. Noviembre 2011)

“La atención primaria de la salud es una estrategia que involucra no solo al Ministerio de Sanidad sino a otros muchos estamentos. Para un adecuado desarrollo de la misma se necesita el apoyo, la colaboración y el acompañamiento de otros muchos ministerios como el de Educación (se hace atención en las escuelas), el de Medio Ambiente (todo el apartado de saneamiento ambiental), Ministerio del Interior, etc. Por ello se solicita también la colaboración de las autoridades políticas y sociales...” (Memoria del diagnóstico de los Comités de Salud. Marzo 2011)

“A la hora de analizar y planificar en salud, debemos tener en cuenta que hay distintos grupos, instituciones o personas que pueden afectar a la salud. Es fundamental que todos los actores participen en la organización del distrito de una u otra manera” (Curso modular de equipos distritales de salud en Guinea Ecuatorial).

“Sobre el terreno, este carácter participativo del desarrollo tiene que ir más allá de la incorporación de la población beneficiaria en las fases de un proyecto para incrementar su eficacia y eficiencia y más allá de realizar talleres participativos” (Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012)

PERCEPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

La subsidiariedad de la participación y el lugar que ocupa en los proyectos salta a la vista desde la primera impresión; se suele colocar como muletilla al final de las redacciones y cuando se desarrolla, es suficiente con unos pocos renglones que se repiten de unos años a otros. En los diagnósticos revisados, se da cuenta de la falta de participación de los equipos como un problema reiterado, al que no se consigue dar solución, entre otras cosas porque se trata de forma intermitente y aislada.

Además de lo dicho más arriba sobre el reduccionismo y la falta de integralidad (no sólo achacable al tema de la salud), hay algunos aspectos sobre el concepto de participación que sirven para explicar el tipo de estrategias que hasta ahora se han implementado y que acaban suponiendo un fracaso recurrente, reconocido en los diferentes informes, seminarios, consultorías, etc.

“En lo que respecta a la atención de APS en los poblados y la responsabilidad de los Comités para su adecuado desarrollo se observa: La comunidad no acude en las convocatorias del equipo” (Memoria del diagnóstico del estado de los Comités de Salud. Marzo 2011)

“Ahora se olvidan de su responsabilidades de participar” (Responsable ministerial)

“Es difícil, es mucho más difícil ahora” (Responsable ministerial)

“No hay un sistema de información confiable, por tanto no hay forma de saber por ej. cuántos niños mueren” (Responsable técnico)

“Las comunidades no reciben suficiente información para realizar las actividades que les corresponden para prevenir las enfermedades y proteger su salud”. (Memoria del diagnóstico de los Comités de Salud. Marzo 2011)

“Se ha intentado vincular a los curanderos a los equipos técnicos... no se ha logrado vincular a los curanderos” (Responsable sanitario)

“En las periferias se trabaja mejor, nos comprenden; en Malabo y Bata es más difícil” (Responsable sanitario)

Muchos de los discursos recogidos reflejan los déficits del propio sistema establecido para participar y denotan las dificultades de articular procesos fluidos, a costa de poner el énfasis en las formas y no en fondo y en lo cuantitativo en relación a lo

cualitativo y lo relacional. Reducir el tema de la participación a un aspecto meramente numérico es un riesgo y una costumbre demasiado frecuente. Como todo lo que depende de la percepción, es muy difícil de valorar. Los elementos estadísticos dan sólo cuenta de una parte de la realidad y casi nunca la explican, además de ser fácilmente manipulables según que a qué intereses se responda.

LA PARTICIPACIÓN COMO “REPRESENTACIÓN”

Cuando se hacen alusiones a la participación y la toma de decisiones, aparece el elemento burocrático como el que vehiculiza el proceso y el que legitima a quien habla: las opiniones del conjunto de la población implicada parecen estar delegadas en alguien designado para su representación, normalmente asociado con una posición jerárquica en la comunidad.

“Mandamos una carta al Presidente, la persona que va a venir, tiene que venir con la firma del Presidente del Consejo, un certificado...” (Integrante de equipo de APS)

“Que el distrito pueda resolver sus problemas sin esperar a que los resuelva el ministerio” (Responsable sanitario)

“La comunidad de vecinos es como un gobierno en miniatura, tiene todas las estructuras” (Responsable político)

“Pero no es sólo al nivel de la gente, es en todos los estamentos” (Responsable sanitario)

Existen una serie de estructuras políticas de representación delegada (comités de salud, comunidades de vecinos) que “funcionan” en menor o mayor grado. Sin embargo, en raras ocasiones son las personas, grupos o comunidades quienes directamente toman la palabra y plantean colectivamente su visión de la realidad sin que ésta se vea mediatizada por la prevalencia de otros discursos contruidos desde el punto de vista técnico o político, que terminan anulando los planteamientos “no prestigiados”. Es decir, tanto responsables institucionales como personal sanitario dicen lo que creen que las personas y comunidades opinan, es decir, interpretan y, por tanto, sustituyen.

“La población no asume la participación comunitaria, ellos mismos no tienen ninguna participación” (Responsable de programa sanitario)

“Ver las prioridades de la comunidad... mirar bien las necesidades de la comunidad y no las que nosotros creemos que tengan... ahora lo que se hace es presentar un programa, y formar” (Responsable sanitario)

“Cuando llevamos la solución, la implementan cuando estamos presentes... cuando ellos son los que pactan y se organizan para implementar la solución, eso queda permanente” (Responsable ministerial)

“Hay que organizar a la comunidad para que ellos hagan porque hay una potencialidad en ellos” (Responsable ministerial)

“Buscar primero las necesidades sentidas...demostrar que la salud es asunto de ellos, que no esperen que el gobierno va a hacer” “la participación no como obligación... que ellos sientan” (Responsable ministerial)

“Se necesita identificar jóvenes líderes que asuman el trabajo en sus comunidades” (Responsable técnico)

Cuando se hace referencia a las posibles causas de estas carencias de fluidez de los procesos, se mencionan deficiencias en materia de formación así como problemas de comunicación, en la forma como se gestiona la información o en los mecanismos y metodologías de participación existentes.

“El nivel cultural y profesional es muy bajo” (Responsable de programa sanitario)

“No es raro constatar que tal o cual reunión o evento no se comunicaron a tiempo o en forma adecuada, impidiendo que la comunidad lo conociera con anticipación y pudiera participar de ellos” (Personal técnico)

“Baja implantación y falta de eficacia de los mecanismos y metodologías de participación comunitaria existentes”. Consultoría para la propuesta de organización de un modelo de distrito sanitario en Guinea Ecuatorial. Noviembre 2011).

Sin embargo, desde diferentes documentos oficiales se propone una visión diferente, que, aunque no siempre se vea reflejada en la práctica, constituiría el marco de referencia a partir del cual implementar una estrategia de participación.

“Será de utilidad el contacto con otras organizaciones y asociaciones en el país tanto en materia sanitaria (FUDEN, JH Piego, consultora Martrose) como educativa (ACEGE), para una visión más amplia de las posibilidades de intervención”. (Términos de referencia de la elaboración de una estrategia de fomento de la participación comunitaria en salud. Noviembre 2011)

“El convenio trata de ser una herramienta de sensibilización y capacitación de la población para su plena participación en la toma de decisiones en materia de salud...” (Texto del convenio de colaboración entre la FRS y el MINSABS. Mayo 2009)

“Un enfoque de derechos inclusivo implica la apuesta por un desarrollo participativo, donde la voz de las personas excluidas influya de forma efectiva

en la toma de decisiones, creando los cauces para ello. El derecho a tener voz y a ser escuchado es, por lo tanto, una condición sine qua non para el ejercicio del resto de los derechos y para que las relaciones de poder se transformen” (Plan Director de la Cooperación Española, 2009-2012)

“Estas intervenciones estructurales permiten modificar el contexto de los diversos grupos sociales, incluyendo la generación de espacios de participación en los cuales los grupos más vulnerables tienen voz y canales de control social sobre las políticas y programas que les afectan directamente.” (Consultoría para la elaboración de una estrategia de trabajos con jóvenes)

“Es clave colocar a las comunidades en un proceso de protagonismo en la gestión de los servicios de salud. Esa gestión participativa de los servicios sociales y de salud permitirá, al menos, entrar en relación con esos espacios periféricos del Estado para algún día llegar a estar dentro de él, como ha pasado en Europa después de muchos años. Ello requiere un esfuerzo de larga trayectoria, incluso de varias generaciones” (Consultoría para la propuesta de organización de un modelo de distrito sanitario en Guinea Ecuatorial. Noviembre 2011).

LAS RELACIONES DE PODER: JERARQUIZACIÓN

A lo largo de algunas entrevistas y en conversaciones informales pero, sobre todo en consultorías específicas que han trabajado más intensamente sobre el tema, se destaca la importancia de las relaciones de poder entre quienes acuden a recibir una atención sanitaria y quienes la prestan.

“A menudo, en la relación profesional-paciente se sigue el esquema tradicional de poder. Es decir, es el profesional quien tiene el saber y la autoridad sin tener presente que quien más sabe de lo que le pasa es el/la paciente. No hay una conjunción de ambos saberes”. (Consultoría Género y Salud)

“También hay que destacar que la población no resulta muy proclive a la Participación. Iniciativas para hacer participar a los jóvenes en los programas de los que fueran receptores implicarían grandes esfuerzos para concienciar, tanto a los sanitarios como a la propia población beneficiaria” (Consultoría para la elaboración de una estrategia de trabajos con jóvenes)

“Es raro ver pedir la opinión a un joven para algo, y esto incluye a los servicios sanitarios, en los que la opinión del usuario en general no se toma en cuenta, ya que no se les considera parte del sistema, sino meros receptores de un servicio” (Consultoría para la elaboración de una estrategia de trabajos con jóvenes)

“Los aspectos más rezagados del desarrollo de la APS son los que se refieren a la participación de la población, en especial de las personas más vulnerables como son las y los adolescentes” (Consultoría Género y Salud)

Hay que destacar dos colectivos cuya posición resulta y resultará determinante en la implementación de estrategias de participación comunitaria en salud: los y las jóvenes y las mujeres. Al tratarse de colectivos específicos, en un caso por cuestión de género y en el otro, además de por eso, por razones de edad, suelen ser población diana de políticas “especializadas”. Convendría no perder de vista el potencial transformador de ambos colectivos haciendo especial hincapié en el enfoque integral, aprovechando estrategias que con frecuencia suelen estar bien dotadas económicamente y con recursos humanos.

“Varios equipos de atención primaria han expresado su interés por participar en la planificación distrital, ya que consideran que ellos son los que mejor conocen su contexto y los que además tendrán que ejecutar posteriormente dicho plan”. (Consultoría para la elaboración de una estrategia de trabajos con jóvenes)

“En el Centro de Angokong (la casa de la palabra) está ocupada por mujeres, que son quienes acuden al Centro de salud. Nos pareció un símbolo de transformación.” (Consultoría Género y Salud)

“Trabajar con otros sectores lleva implícitas intervenciones estructurales. Estas intervenciones estructurales permiten modificar el contexto de los diversos grupos sociales, incluyendo la generación de espacios de participación en los cuales los grupos más vulnerables tienen voz y canales de control social sobre las políticas y programas que les afectan directamente”. (Consultoría para la elaboración de una estrategia de trabajos con jóvenes)

LOS NUEVOS VALORES

Es indudable que en Guinea Ecuatorial hay un antes y un después tras la aparición del petróleo. Todas las personas entrevistadas, sin excepción, han aportado en sus relatos la visión de la realidad cotidiana hasta hace quince o veinte años en contraposición con la actual. De los discursos se desprende que la aparición del petróleo, sinónimo de dinero/riqueza/negocio, se ha impuesto como un valor de cambio que impregna las relaciones personales y que se antepone a la visión más antigua y tradicional de la comunidad, en la que primaban actitudes de solidaridad y ayuda mutua.

“Todo lo mueve el dinero, si no hay mediación del dinero, no participan” (Responsable de programa sanitario)

“Lo que pasa en el comité es que como es un trabajo, es un trabajo..., antes, los que estuvieron anteriormente, sólo una pequeña dieta se les dan para que

tengan ánimo de trabajar, pero estos últimos años ya no (Integrante de equipo de APS)

“La mentalidad se está torciendo más y más” (Responsable ministerial)

“La población no asume la participación comunitaria. Ellos mismos no tienen ninguna participación. A cambio, qué me das?” (Responsable de programa)

Cuando vuelven las ONG se encuentran con que “Ya no hay pobres” (Responsable ministerial)

“Ha entrado el petróleo y lo ha corrompido todo, ahora todo es dinero” (Responsable de formación)

“La participación activa en Guinea hoy cuesta mucho” (Responsable técnico)

“Todo el mundo vivía en los pueblos, tenían planteamientos de subsistencia. A raíz de la llegada del petróleo se produjo el abandono de los pueblos por parte de los jóvenes, quedan sólo los viejos” (Responsable técnico)

“La participación de la Comunidad no debería limitarse únicamente a compartir los costes” (Consultoría para la propuesta de organización de un modelo de distrito sanitario en Guinea Ecuatorial. Noviembre 2011).

“No todas las actividades tienen que tener dinero” (Responsable de programa)

FORMACIÓN

El aspecto formativo es bastante recurrente también en las entrevistas. Aunque hay intentos de conseguir estrategias formativas dinámicas y participativas, tanto los contenidos de algunos manuales al uso, como algunas de las propias prácticas observadas, dan a entender que la formación es sinónimo de instrucción, de lecciones aprendidas y preguntadas que ponen en valor, fundamentalmente, los saberes técnicos y académicos sin romper la relación jerárquica y de autoridad entre “quien sabe y enseña” y “quien no sabe y aprende”.

“Instruye a sus inmediatos inferiores” (Responsable político)

“Vemos que hay una diferencia entre los puestos de salud en los que está la FRS y los que no. El agente sanitario de la FRS es muy elocuente, pasan no sé cuántas formaciones al año” (Responsable sanitario)

“Los curanderos no informan sobre sus actividades para que éstas sean reconocidas y se enmarquen dentro de la estrategia de APS.” (Memoria del diagnóstico de los Comités de Salud. Marzo 2011)

Independientemente de los contenidos, que siempre tienen importancia, es relevante el papel de receptor/a pasivo/a de quien acude a las sesiones formativas sin poder incorporar al mismo nivel de aprendizaje sus conocimientos vivenciales.

“El escaso uso de métodos participativos en las “charlas” de educación sanitaria, que además no parten de las creencias y conductas existentes”. (Consultoría Género y Salud).

“Ejemplo de la falta de esfuerzo de la Administración guineana es que los Agentes de Salud y las Parteras tradicionales que realizan una importante labor de acercamiento a las personas y a sus necesidades estén esperando desde hace años su reconocimiento económico”. (Consultoría Género y Salud)

“La información debe partir de las situaciones cotidianas de la población. Y tener presente los factores de riesgo existentes en esa comunidad, sean ambientales o relacionados con las prácticas de riesgo. Es imprescindible el debate con las/los asistentes. Y para ello se necesita crear el ambiente adecuado y promover la participación igualitaria de las personas a las que se dirige”. (Consultoría Género y Salud)

“Formación en educación participativa a los agentes de salud comunitarios, parteras tradicionales, animadores socio comunitarios y curanderas y curanderos. En dicha formación es imprescindible que afloren las diferentes creencias de los y las profesionales que puedan estar condicionando las conductas y actitudes hacia la población” (Consultoría Género y Salud)

“Transformar las charlas de “educación sanitaria” a las embarazadas y puérperas en sesiones que partan de las creencias, opiniones y experiencias de las mujeres, con una metodología participativa” (Consultoría Género y Salud)

“Mejoraría su autoestima y su auto-confianza y es una ocasión para que participen en las tareas de la comunidad y en la toma de decisiones”. (Consultoría Género y Salud)

En cualquier caso, la formación en sentido amplio, es entendida como un valor en sí misma y es apreciada en el nivel de los técnicos (en comparación a quienes no reciben formación).

“Sólo algunos pudieron aprender. Para los equipos de salud era imprescindible la presencia de las cooperaciones” (Responsable ministerial)

En algún caso también aparecen posturas críticas acerca del uso de la formación como un fin en sí misma sin posibilidades de revalorizarse y adquirir mayor potencial por falta de elementos como la evaluación.

“Ahora lo que se hace es presentar un programa, y a formar, y a formar... Saber qué es lo que pasa en los barrios. Evaluar luego para ver cómo se están haciendo las cosas. Se está gastando mucho dinero en las formaciones”. (Responsable técnico)

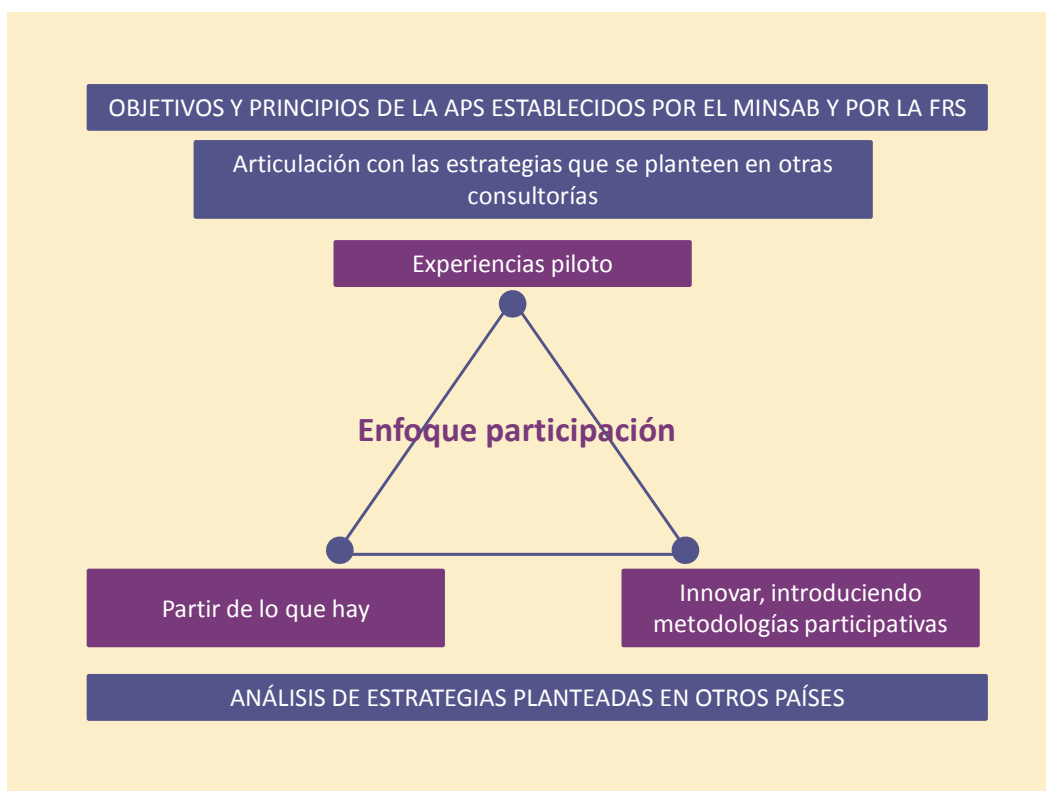
BLOQUE III: PROPUESTAS

III.1. Lineamientos en los que se basa la estrategia

La estrategia de fomento de la participación comunitaria en salud ha sido elaborada a partir del enfoque de participación con el que afrontamos desde nuestra asociación todos y cada uno de los proyectos en los que nos implicamos. Además de este enfoque, que da forma y sentido a la propuesta, se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

1. Coherencia con los objetivos y principios de la APS establecidos por el MINSABS y por la FRS
2. Análisis de estrategias planteadas en otros países
3. Necesidad de “partir de lo que hay”
4. Innovar, introduciendo metodologías participativas
5. Impulsar experiencias piloto
6. Articulación con las estrategias que se planteen en otras consultorías (operacionalización de distritos, intervención urbana)

Lineamientos en los que se basa la estrategia¹⁸



¹⁸ Elaboración propia.

1. Coherencia con los objetivos y principios de la APS establecidos por el MINSABS y por la FRS

Cuando hablamos de nuestro enfoque de participación, hicimos referencia a la necesidad de contar con la implicación de diferentes perfiles de actores a la hora de diseñar cualquier estrategia de participación. También planteamos que cada uno de estos actores (instituciones, técnicos, comunidad) tiene un rol en un proceso participativo y que es imposible impulsar cualquier experiencia participativa sin la concurrencia de todos y cada uno de ellos, aportando desde su lugar específico.

A partir de la revisión y análisis de los documentos existentes, así como tras las entrevistas realizadas en terreno, es posible identificar el posicionamiento de los actores del ámbito político-institucional. El documento elaborado en Luba en diciembre del 2010¹⁹ constituye un avance importante en tanto plantea un diagnóstico elaborado desde los actores que planifican en el nivel de los Distritos. El reto que tenemos por delante es, por tanto, incorporar en este proceso de reflexión a la población, que es por el momento el gran ausente a la hora de aportar su punto de vista y su saber vivencial en relación a la situación actual de la salud.

Este reto no puede afrontarse mediante actividades aisladas o puntuales, implica una apuesta de fondo (de cambio de enfoque) que necesita tiempo y sobre todo una decisión y una voluntad política (en el más amplio sentido del término) de asumirlo. Dado el contexto de colaboración que se viene dando entre el MINSABS y la FRS, y ante una probable re-edición del convenio, proponemos avanzar desde lo local a lo regional, en una serie de pasos a dar a lo largo de los 4 años de duración del próximo convenio.

2. Análisis de experiencias planteadas en otros países

Si bien existe una cuantiosa bibliografía en torno a la importancia de la participación en salud, no es posible localizar documentación escrita de experiencias en las que se haya apostado por una inclusión integral y coherente de la participación en el sistema sanitario, más aún si nos centramos en el ámbito nacional. Esto no implica que no se hayan realizado experiencias de este tipo, sino más bien, que en la mayoría de los casos éstas no se sistematizan (por falta de tiempo, de recursos humanos o materiales), por lo que resulta dificultoso aprender de sus logros y sus errores.

A partir del material consultado, y del conocimiento de primera mano de algunas de ellas, hemos identificado dos experiencias en las que nos hemos basado a la hora de diseñar la estrategia, y que consideramos que, en caso de que se opte por

¹⁹ Seminario taller para la Operacionalización del Distrito Sanitario. Unificación del modelo de distrito sanitario en Guinea Ecuatorial. Daniel Cobos Muñoz, Laura Monzón Llamas.

implementarla, pueden continuar aportando elementos que faciliten y enriquezcan su puesta en práctica.

Por un lado, una experiencia que tuvo lugar en Chile en los años 2008-2009, impulsada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL (Ministerio de Salud) que se realiza en el marco de un proceso de Reforma de la Salud con el fin de resolver los problemas de la equidad en el acceso a la salud, en la oportunidad de la atención y la calidad de los servicios.

Tal como se indica desde el Ministerio de Salud de Chile, “En este marco, se ha otorgado prioridad al cambio en la relación entre el sector público y la salud y la ciudadanía. Ha abierto para ello la institucionalidad, para permitir la incorporación de la ciudadanía en la evaluación y control sobre la gestión de salud, en la definición de prioridades sanitarias, en la definición de canastas de prestaciones, en la decisión sobre el uso de recursos públicos en salud.”²⁰

Dentro de este proceso de reforma, la formación de recursos humanos en gestión participativa se constituyó en una de las estrategias priorizadas con el fin de facilitar la incorporación de la participación ciudadana en el sector. Así, se desarrollaron programas de capacitación, pasantías internacionales y nacionales, diplomados, círculos de aprendizaje y formación on line y se apoyó la participación de profesionales en programas de maestría. Específicamente, se pone en marcha un Máster en Gestión participativa y comunidades saludables, ejecutado por la UCM (Universidad Complutense de Madrid), continuidad de un Programa de Diplomado en Metodologías Participativas que contó con el apoyo y financiamiento de la Unión Europea y la intermediación de la AECID.

En este programa formativo, del que formó parte el personal técnico de distintas unidades de salud de todo el territorio nacional, se acompañó la puesta en marcha de diferentes experiencias participativas en salud mediante la utilización de metodologías participativas: diagnósticos participativos, presupuestos participativos, hospital amigo, organización participativa en una red de salud mental, etc.

Dos años después de la puesta en marcha del programa formativo, desde el Ministerio se realiza una valoración positiva de los procesos impulsados: “Donde sea que las comunidades tuvieron la oportunidad de conversar de verdad (diálogo, deliberación creativa, discernimiento) pudo observarse el tránsito desde una mirada que ponía el acento en lo sintomático (calidad de la atención, buen trato) a otra que enfatizaba lo sustantivo (participación y co-gestión como paradigma de gestión en salud); asimismo,

²⁰ Dr. Álvaro Erazo Latorre, Ministro de Salud de Chile. Prólogo al “Manual de Participación en salud”.

desde un enfoque con eje en lo asistencial a lo promocional-preventivo. Producir salud en el exterior de los recintos de salud más que curar enfermedad en su interior”.²¹

En el mismo Manual, se realizan también recomendaciones de cara a posibles réplicas de la experiencia: “La atención primaria exige y fomenta en grado máximo la auto responsabilidad, la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y el control de este primer nivel de atención de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales, nacionales y otros. Este fin se puede alcanzar mediante una educación apropiada, que permite desarrollar la capacidad de las comunidades para participar. Por lo tanto, es importante en todo diagnóstico de salud no perder el sentido y tener presente, que la participación de la comunidad en salud, debe contemplar un activo desarrollo de la investigación acción, graficando y aportando en cada una de las etapas de los procesos participativos, coordinando a todos los actores de la comunidad, trabajando conjuntamente en el diseño y rediseño de las diferentes etapas. El grado de participación que puede ser mínima, media y máxima, debe estar desarrollada de acuerdo a los objetivos planteados, para así, ser evaluado mayoritariamente como un proceso constructivo por los participantes.”

La segunda experiencia en la que nos hemos basado es la iniciativa “Rostros, Voces y Lugares: respuesta desde las comunidades a los objetivos de desarrollo del milenio”, acuerdo alcanzado en la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana que tuvo lugar en Washintong en octubre del 2007.

Entre los desafíos prioritarios para alcanzar los ODM se mencionan: “el poder de la organización comunitaria y de la autogestión, de la identificación y la conciencia colectiva de sus problemas y la decisión de cambiar la situación movilizand las soluciones posibles y técnicamente sustentadas así como la construcción de una línea de base que permita medir los avances y el impacto de las acciones”; “la acción intersectorial mediante la articulación interinstitucional y la formulación de políticas públicas integradas e integrales que partan de las necesidades reales, sentidas y expresadas por los habitantes de las comunidades más vulnerables.”

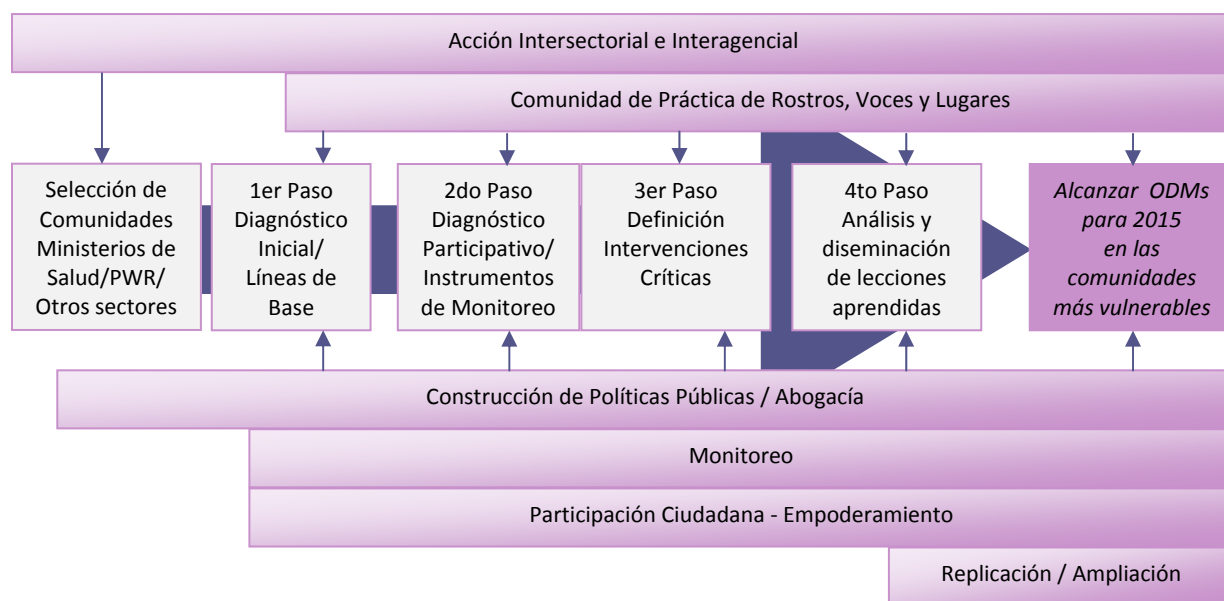
La iniciativa propone, en definitiva, una estrategia que parta desde lo local a lo regional, planificada en sucesivas etapas que, partiendo de experiencias piloto ancladas en local, permitan ir construyendo entre los actores implicados una “canasta metodológica” que permita en un segundo momento replicar y diseminar las experiencias iniciales.

²¹ Participación social en salud: reflexiones y herramientas para la acción desde Chile. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Diciembre 2009

Estrategia Rostros, voces y lugares

1. Selección de comunidades
2. Diagnóstico comunitario participativo
3. Definición de intervenciones clave
4. Monitoreo y seguimiento
5. Diseminación

Metodología Rostros, voces y lugares de los ODM²²



“La estrategia de MCS (Municipios y Comunidades Saludables) consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el ámbito local, colocando a la promoción de la salud en la más alta prioridad de la agenda política. Esto se hace involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el diálogo, compartiendo conocimientos y experiencias y estimulando la colaboración entre otros municipios y comunidades”.

“Esta estrategia usa la planeación local como instrumento básico e incluye la participación social en el manejo, evaluación y proceso de toma de decisiones. En la Hoja de Ruta para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables se presentan orientaciones metodológicas para la inclusión de los ODM en los planes de desarrollo local, con un enfoque de trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, para avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aportar al desarrollo local y mejorar la calidad de vida de la población”.

²² OPS. [Rostros, voces y lugares: respuesta desde las comunidades a los objetivos de desarrollo del milenio](#). Washington D.C. 2007

3. Partir de lo que hay, tener en cuenta el contexto político, económico y social actual

Otro de los elementos que resaltábamos en nuestro enfoque de la participación es la concepción de la misma como un proceso en forma de espiral, que trasciende cualquier intervención que planifiquemos con una fecha de inicio y finalización; una espiral en la que cualquier estrategia de participación deberá insertarse, partiendo necesariamente de la realidad actual, para intentar avanzar hacia un nuevo escenario en el que la participación haya avanzado una vuelta más.

Como ya aparece esbozado a partir de los posicionamientos presentados en el apartado de diagnóstico, es posible identificar en el contexto actual de Guinea Ecuatorial una serie de experiencias (más o menos incipientes, más o menos afianzadas) de las que necesariamente tendremos que partir a fin de profundizarlas y/o replicarlas. Existen al mismo tiempo, una serie de instancias o espacios establecidos formalmente para canalizar la participación que también tendrán que ser tenidos en cuenta a la hora de implementar la estrategia. No se trata de generar instancias paralelas, de duplicar o generar nuevas instancias formales (lo que implicaría una superposición de estructuras), sino de trabajar con las existentes, dotándolas desde la práctica del sentido participativo con el que fueron diseñadas.

Tal como sucedió en el momento de la instauración de la APS como estrategia prioritaria en salud, aprender de las buenas prácticas y los avances positivos alcanzados por el MINSABS, iniciando estrategias innovadoras en forma de experiencias piloto en determinados distritos sanitarios.

Por otra parte, partir de lo que hay implica tener en cuenta el contexto político, económico y social del país, respetando los patrones culturales de cada comunidad. Además de los espacios formales estipulados para la toma de decisiones relacionadas con la salud (consejos de salud, comunidades de vecinos) habrá que tener en cuenta los mecanismos tradicionales de toma de decisiones (casa de la palabra)²³. Indudablemente Guinea Ecuatorial se encuentra en un proceso de cambio lleno de tensiones entre “lo tradicional” y “lo moderno”. Tener en cuenta las costumbres y hábitos asociados a “lo tradicional” no implica necesariamente reproducirlos, sino acompañar a las comunidades en este proceso de cambio de valores²⁴. Cualquier estrategia de participación debe hacer especial hincapié en los colectivos y grupos más vulnerables, quienes habitualmente tienen más dificultades para hacer escuchar su

²³ El Aba o Casa de la palabra es un lugar que suele haber en el exterior de algunos edificios o en plazas donde tradicionalmente se sientan los integrantes de la comunidad para debatir los asuntos que consideran de interés público, en el que se toman las decisiones para resolverlos.

²⁴ Por ejemplo, tal como se indica en el Informe de Género y como comentaron un grupo de catequistas de diferentes comunidades, tradicionalmente sólo los hombres acudían a la casa de la palabra, mientras que en los últimos años se ha incorporado la participación de las mujeres, lo que da cuenta de las profundas transformaciones que están aconteciendo.

voz; si a nivel cultural se están dando transformaciones que abren espacios para la participación de estos colectivos, será necesario identificar estos elementos para potenciarlos.

4. Innovar, introduciendo metodologías participativas

Tal como manifestamos en el ítem anterior, es fundamental partir de lo que hay, pero al mismo tiempo es necesario introducir elementos innovadores que permitan afianzar y/o potenciar estas experiencias, en coherencia con los objetivos y principios de la APS definidos para el modelo de atención de distrito como sistema local de salud integrado y participativo.

Ya hemos planteado la premisa de que la participación se construye, de que todos tenemos que aprender a participar y que a participar sólo se aprende participando. Creemos que la utilización de metodologías participativas para acompañar las experiencias piloto constituye un elemento clave que permitirá incorporar nuevas formas de relacionarse, de trabajar, de pensar y actuar colectivamente.

En la medida que vinculamos la producción de conocimiento con la transformación de la realidad, el contenido participativo y colectivo trasciende los mecanismos dirigidos a recoger información para derivar en mecanismos de deliberación, organización y ejecución de propuestas por parte de los actores implicados, proceso mediante el cual los participantes pueden pensar la información, argumentar posiciones diferentes y concretar propuestas que impliquen al conjunto de los participantes.

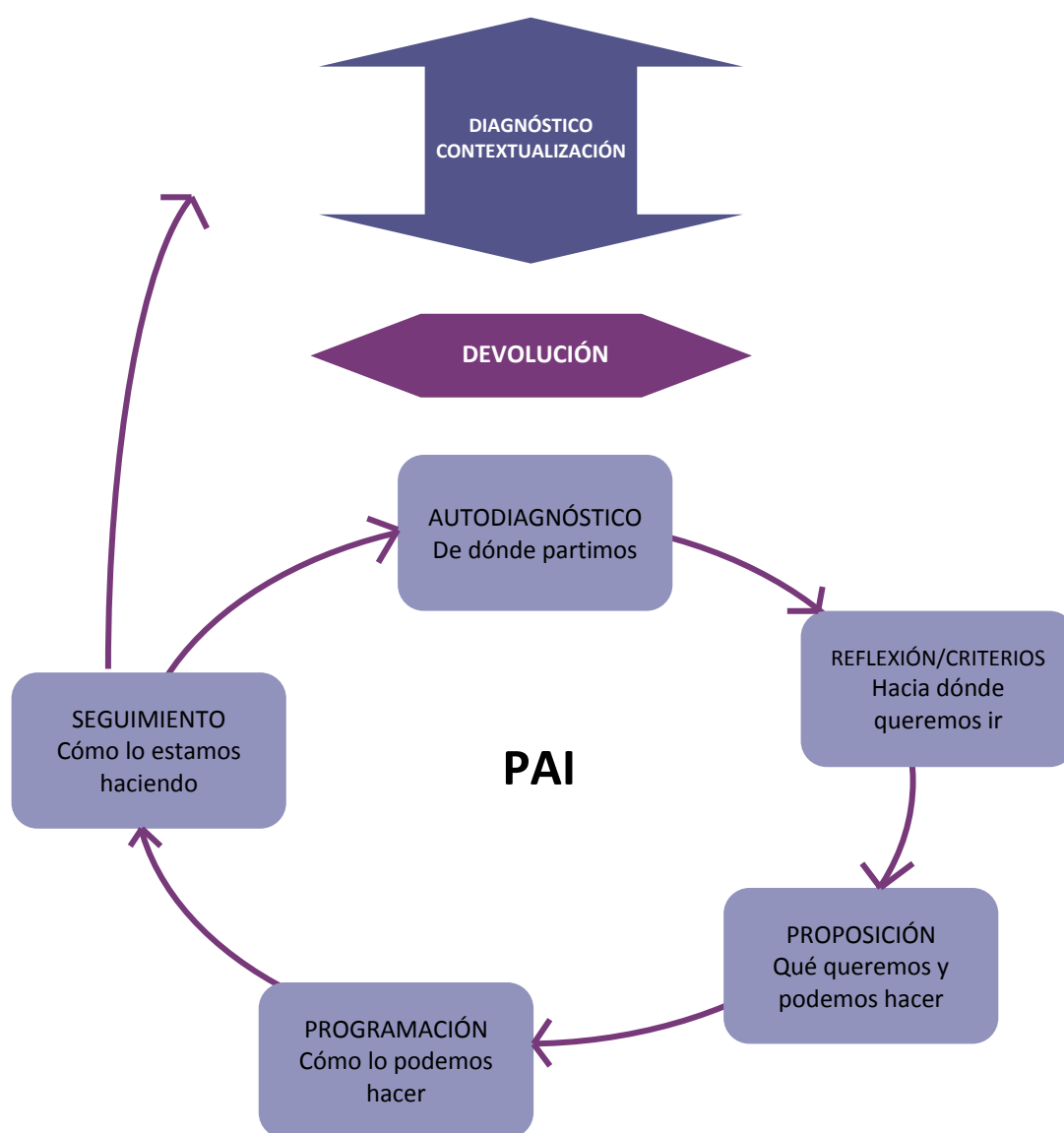
Las metodologías participativas que proponemos no constituyen únicamente un paquete de herramientas para facilitar que la gente participe. Implican un compendio de caminos desde los cuales ir dando pasos a lo largo de un proceso que, partiendo de la identificación participada de las problemáticas que afectan a un determinado contexto desde diferentes perfiles de actores (AUTODIAGNÓSTICO) avanza hacia un Plan de Acción Integral (PAI) mediante el cual se formulan, priorizan y ejecutan una serie de actuaciones consensuadas entre los actores implicados, que incorpora además una serie de elementos de monitoreo y seguimiento que relanzan el proceso a un nuevo momento de diagnóstico participado.

Es posible diferenciar dos momentos claves en todo proceso participativo: el diagnóstico y la elaboración de propuestas. Mientras en el primer momento de lo que se trata es de “conocer” la realidad sobre la que estamos trabajando, el segundo estará orientado al diseño de un plan de acción que nos permita “transformar” esa realidad de la que partimos. Entre los dos bloques centrales que constituyen el Diagnóstico y el PAI ubicamos la Devolución y Autodiagnóstico como momento de ensamble entre uno y otro. La lógica de esta secuencia se deriva del sentido y la finalidad de los procesos participativos: para definir qué acciones emprenderemos para transformar una realidad (PAI) primero debemos estar de acuerdo en cuál es la

situación de la que partimos y conocer los elementos del contexto que la condicionan (AUTODIAGNÓSTICO).

La elaboración del diagnóstico-contextualización lo que quiere es garantizar la concurrencia de voces diferentes, es decir, va a permitir la concurrencia de la pluralidad que habita cualquier comunidad, con el fin de que cuando se plantee el PAI estén presentes voces distintas y heterogéneas.

Los procesos participativos: etapas y fases²⁵



²⁵ [La democracia en acción: una visión desde las metodologías participativas](#). Pablo Paño; Ernesto Ganuza; Lucrecia Olivari; Luz Buitrago; Concha Lorenzana. Antígona Procesos Participativos, 2010.

En el momento del PAI incorporamos a nuestro trabajo todo el sentido participativo que la metodología abraza en la medida en que vamos avanzando hacia procesos cada vez más reflexivos y más colectivos. Si a lo largo de todo el diagnóstico-contextualización hemos venido produciendo información a través de diferentes técnicas con el objeto de “conocer” la situación inicial de la que partimos, en el momento del PAI todos los pasos estarán encaminados a “transformar” esa situación, y para eso recurriremos todo el tiempo y exclusivamente a herramientas participativas. Si hasta ahora hemos ido trabajando con los distintos actores y redes presentes en el contexto de manera separada, a fin de profundizar en sus visiones y posicionamientos, en el momento del PAI se vuelve imprescindible trabajar con todos los implicados en espacios comunes en tanto apuntamos a que esas transformaciones descansen y sean sostenidas por las propias redes vinculadas a la problemática. La cuestión a la que trata de dar respuesta el PAI es la de generar una acción compartida y común sobre un problema concreto.

Podemos visualizar el PAI como un proceso que va respondiendo a las siguientes preguntas:

- De dónde y cómo partimos
- Hacia dónde queremos ir
- Qué queremos y podemos hacer
- Cómo lo vamos a hacer
- Cómo lo estamos haciendo

El PAI es, en realidad, un proceso continuo en tanto una vez que se alcanzan los objetivos (la elaboración del Plan de Acción) y comienza la ejecución de las acciones acordadas, volverán a surgir nuevos síntomas que relanzan el proceso.

5. Experiencias piloto

En los dos ítems anteriores hemos hecho referencia a los dos elementos entre los que se moverá la estrategia de participación: partiendo de lo que hay, innovar introduciendo metodologías participativas. Las experiencias piloto constituyen el tercer vértice de un triángulo que permite articular los dos elementos anteriores. En tanto, como decíamos, a participar se aprende participando, no se trata sólo de introducir innovación a nivel legal, sino de generar experiencias en las que el enfoque propuesto de la participación se ponga en marcha desde la práctica misma. La propuesta es gestionar un proceso de cambio progresivo que, aprendiendo de una serie de demostraciones sobre el terreno, permita generalizar en un segundo momento los cambios a todos los distritos del país.

Tal como se propone en la iniciativa “Rostros, Voces y lugares”: “los municipios seleccionados en la primera etapa al interior de los países cumplen un papel

demostrativo y de abogacía. La iniciativa se propone... abrir nuevos rumbos para articular las estrategias de Atención Primaria de Salud y promoción de la salud desde el desarrollo local. Asimismo, se propone demostrar que un compromiso compartido, que nazca de las necesidades expresadas por los miembros de la comunidad, con voluntad política y apoyo técnico y financiero.... pueden permitir el empoderamiento local y el compromiso gubernamental e interagencial para transformar las condiciones comunitarias. Las experiencias sistematizadas y compartidas pueden apoyar procesos de generalización de aprendizajes y/o sumarse a la dinámica propia de cada país para la formulación de políticas públicas integradas e integrales que mejoren sustancialmente los indicadores de salud lo más pronto posible”²⁶.

6. Articular con las estrategias que se planteen en otras consultorías (operacionalización de distritos, intervención urbana)

En el informe de la Consultoría “Propuesta para un modelo de organización de Distrito Sanitario”²⁷ se plantea la propuesta de un Modelo de gestión participativa del Distrito. Entre las directrices organizativas propuestas para imprimir racionalidad al funcionamiento del distrito, se considera “la descentralización con dirección única, la regionalización y jerarquización de los servicios, la integración de las acciones y recursos basadas en la planificación ascendente (bottom-up) y la participación comunitaria” como las más significativas. Si nos centramos en las directrices vinculadas directamente con la participación (gestión participativa – participación comunitaria – desarrollo local), existe una amplia coherencia entre ambos enfoques que permitirían articular ambas estrategias.

“Participación Comunitaria. Gestión orientada al servicio de los usuarios, próxima y participada por éstos, y orientada a que los ciudadanos puedan influir de manera decisiva en la definición y la ejecución de las políticas de salud en los ámbitos organizativos del Distrito.

Desarrollo Local. El Distrito Sanitario es el nivel de atención privilegiado del sector salud para acompañar, organizar y participar en los procesos de desarrollo local favoreciendo nuevas formas de acción que permitan la creación de redes de atención integral de la salud, en coordinación con una efectiva representación y participación de la comunidad con el objeto de transformarse en estructuras más sensibles a las necesidades de la población... Desarrollar lo local significa ir más allá de la autonomía del gobierno municipal con el propósito de avanzar hacia una planificación y gestión local de salud más descentralizada, creativa,

²⁶ Rostros, voces y lugares, op cit.

²⁷ Consultoría para la propuesta para un modelo de organización de Distrito Sanitario; José Joaquín O’Shanahan Juan; noviembre 2011.

participativa y eficiente, considerando la diversidad geográfica, histórica y política que las regiones y los países encierran”.

En cuanto a la estrategia de intervención urbana, en tanto se ha superpuesto en el tiempo con nuestra consultoría, no contamos en el momento de diseñar nuestra estrategia con el informe de dicha consultoría, por lo que no podemos avanzar en la articulación de las mismas. Sin embargo, en tanto circunstancialmente hemos coincidido en terreno con el equipo que estaba realizando esta consultoría, realizamos un intercambio de opiniones que nos permiten intuir que existe una coherencia entre ambos enfoques que permitirán también una futura articulación, que creemos necesaria.

III.2. Estrategia de participación en salud

En primer término, tal como lo hemos venido planteando a lo largo de todo el informe, es necesario explicitar que más que hablar de una estrategia de fomento de la participación en salud deberíamos hablar de una estrategia de participación. No se trata tanto de “fomentar la participación de...” (la comunidad o el “otro”, sea quien fuera), sino de incorporar e implementar un enfoque participativo que impregne todas y cada una de las prácticas cotidianas. Nuestro “hacer” será luego el que se encargue de “hablar por sí mismo”, mostrando que hay otros modos de pensar, de relacionarse, de trabajar, de construir soluciones colectivamente.

Esta incorporación de un enfoque participativo implica, ante todo, una decisión política (en el sentido más amplio del término), en tanto uno de los grandes desafíos que afronta la participación es el miedo generalizado a desarrollar procesos orientados a la toma de decisiones. La idea de que la ciudadanía no tiene las suficientes habilidades como para participar en un proceso cualificado sobre los asuntos públicos lastra muchas de las experiencias. Esto ha impulsado, sobre todo, una lógica participativa basada en la representación, que ha sustituido la implicación de la ciudadanía por la representación de sus intereses. Estamos convencidos de que la participación puede, sin embargo, ir más allá, sin perder por ello la claridad y la eficacia que se le exigiría a cualquier cuestión que tratara sobre asuntos públicos.

El problema no es si la ciudadanía reúne las cualidades idóneas para ello, sino cómo es posible organizar un proceso participativo contando con la heterogeneidad de la ciudadanía, la falta de información y su capacidad reflexiva para evaluar las consecuencias de las acciones públicas.

Las metodologías participativas que proponemos no sólo son un conjunto de herramientas para facilitar que la gente participe. Si bien las herramientas que utilicemos son claves en cualquier proceso participativo, creemos que lo que las metodologías participativas nos ofrecen es un compendio de caminos desde los cuales abordar la participación. Presupone, ante todo, un cambio de lógica, pues se trata de mirar la participación desde un proceso orientado a generar productos y sentido entre los participantes; orientado no sólo a sumar participantes (aunque también) sino a la práctica y la puesta en marcha de los objetivos debatidos participativamente. Significa igualmente que es muy importante cómo se aborde el trabajo técnico desde dentro del proceso participativo. Pero implica, también, pensar los límites de la acción pública, re-pensar para qué queremos hacer participación y cómo la haremos.

Y es que consideramos que en la medida que se avance en vincular, contrastar y hacer operativos estos métodos y técnicas participativas en función de los objetivos específicos de, en este caso, una estrategia de participación en salud, estaremos dando el salto de un mecanismo puramente formal (y por ello con importantes riesgos de estancamiento institucional) a una concepción ampliada de relaciones más dinámicas,

activas y, en ese sentido, más democráticas entre aquellas instituciones dispuestas a contar con la ciudadanía y la parte creciente de ésta que solicita un espacio donde su opinión y construcción sea realmente contemplada y acogida.

Desde esta perspectiva, las metodologías participativas pueden ayudar a imaginar soluciones a los conflictos y los problemas que se nos presentan, tratar de resolverlos en su hábitat natural (junto a los participantes) e indagar continuamente sobre los límites de lo que hemos hecho. Somos conscientes que la participación comunitaria no depende sólo de una buena organización participativa, es un proceso también político y, en esa medida, también los políticos se benefician de sus efectos. Pero, precisamente, desde las MP se trata de pensar los límites de lo que nos rodea con el objetivo de compartir entre todos los problemas y generar entre todos las alternativas posibles, considerando los límites públicos de la acción, así como los recursos existentes y los participantes implicados. Desde ahí siempre hay soluciones, la diferencia está si esas soluciones son pensadas entre todos o sólo por unos pocos²⁸.

Proponemos, por tanto, impulsar la implementación de una serie de experiencias piloto en la que los equipos técnicos, las autoridades locales y las comunidades puedan ir apropiándose de unas metodologías a partir de la práctica misma, en el marco de un programa formativo que otorgue un reconocimiento formal (titulación), que permita en un segundo momento diseminar las experiencias en otros contextos del país. No estamos hablando de un curso de formación teórico y paralelo a la actividad profesional, sino de un proceso formativo ligado esencialmente a las prácticas cotidianas de los participantes, que acompañe los proyectos reales en que los equipos estén inmersos, y que genere, por tanto, “productos” concretos en los contextos en que se realicen.

Esbozamos, a continuación, una posible calendarización de las cuatro etapas de implementación de la estrategia (partiendo de la posibilidad de renovación de un nuevo convenio de colaboración MINSABS-FRS por ese período), especificando, para el primer año, los pasos que consideramos se deberían dar.

- 1er año → Preparación de las bases para iniciar las experiencias**
- 2do año → Inicio experiencias piloto: DIAGNÓSTICO-AUTODIAGNÓSTICO-
Inicio del PAI (líneas de acción)**
- 3er año → Continuación del PAI: implementación acciones, monitoreo y
seguimiento**
- 4to año → Lecciones aprendidas. Diseminación experiencias**

²⁸ [La democracia en acción: participación de la ciudadanía en la gestión pública. Metodologías Participativas y Presupuestos Participativos](#). Op cit.

1ER AÑO: PREPARACIÓN DE LAS BASES PARA INICIAR LAS EXPERIENCIAS	
PASOS A DAR	RESPONSABLES
• Articular con estrategias de otras consultorías En tanto hay otras estrategias que están proponiendo partir de experiencias piloto, habría que articular las diferentes estrategias que tengan una coherencia de enfoque, a fin de integrar la implementación de las mismas. No tendría sentido realizar experiencias piloto de operacionalización de distrito, por un lado, por otro de intervención urbana, por otro de fomento de la participación.	FRS-MINSABS
• Identificar los sitios en los que se realizarán las experiencias piloto La identificación se realizará de manera participativa. Deben participar: estructura política, estructura técnica, personal de la FRS. Consideramos importante seleccionar al menos una experiencia a nivel rural y otra a nivel urbano. Se deberían priorizar los sitios en los que se estén desarrollando experiencias significativas, que puedan aportar desde su diversidad. Los sitios seleccionados deberían contar con el apoyo de la estructura política y técnica local.	FRS-MINSABS
• Definir el formato de las experiencias piloto Proponemos realizar las experiencias piloto con el formato de “formación” (reglada o no reglada). Es importante que quienes hagan parte del proceso formativo tengan una titulación a cambio.	FRS-MINSABS
• Definir titulación que otorgaría el proceso formativo, gestionar con las entidades correspondientes Recomendamos que se cuente con entidades que tengan experiencia en este tipo de metodologías, integrando en el cuerpo docente personal de las entidades locales. Se podría diseñar un programa que tenga distintos años y que otorgue diferentes titulaciones (quienes participan en las experiencias piloto –años 2 y 3- y quienes participan en las lecciones aprendidas-diseminación experiencias –año 4).	FRS-MINSABS- Entidades que asuman el proceso formativo
• Diseñar el programa formativo (contenidos, profesorado, horarios, ...) Un formato que ha sido utilizado en situaciones similares es el de programar una serie de seminarios presenciales a lo largo del año (4 o 5) en los que se trabajan los temas y herramientas necesarias para afrontar cada una de las fases del proceso participativo y de puesta en común entre los diferentes equipos, combinada con una persona con experiencia en la utilización de metodologías	FRS-MINSABS- Entidades que asuman el proceso formativo

participativas, que acompañe y tutorice en terreno el avance de los equipos.	
• Negociar con las entidades a las que esté vinculado el personal técnico el reconocimiento del programa formativo como parte de la actividad laboral Es fundamental que las experiencias piloto estén asociadas a las prácticas profesionales que los participantes estén realizando, y, por tanto, que las entidades a las que se encuentran vinculados laboralmente las reconozcan e integren en su plan de trabajo y calendario laboral. No tendría sentido trabajar la participación sobre “ejemplos teóricos” y “en paralelo” a las prácticas cotidianas habituales.	FRS-MINSABS
2DO AÑO: INICIO EXPERIENCIAS PILOTO	
Dar inicio a las experiencias piloto en los sitios identificados como estratégicos. En función de las metodologías que proponemos, este año recorrería las fases de DIAGNÓSTICO-DEVOLUCIÓN-AUTDIAGNÓSTICO-INICIO DEL PAI (Formulación de propuestas).	
3ER AÑO: CONTINUACIÓN EXPERIENCIAS PILOTO	
Este año implicaría la implementación de las propuestas consensuadas el año anterior, así como el diseño de los mecanismos de monitoreo y seguimiento.	
4TO AÑO: LECCIONES APRENDIDAS - DISEMINACIÓN EXPERIENCIA	
A partir de la implementación de las acciones y en función de los mecanismos de monitoreo y seguimiento diseñados, se entraría en una fase de EVALUACIÓN de cara a sistematizar las experiencias piloto y extraer las lecciones aprendidas. Estos elementos permitirán DISEÑAR LA ESTRATEGIA DE DISEMINACIÓN a otros ámbitos, así como diseñar una MALETA DE HERRAMIENTAS.	

III.3. Criterios posibles de evaluación de la estrategia

Entendemos la evaluación como un proceso que se fundamenta en el conocimiento de las prácticas y experiencias generadas en el marco del proyecto a evaluar, a través de la sistematización de la información y el debate entre los actores implicados en el mismo. No se trata, por tanto, de un momento puntual que centra su mirada exclusivamente en los productos del proyecto, en el cumplimiento o no de los objetivos del mismo, sino de un ámbito de interacción en el que los actores puedan reflexionar a lo largo de todo el proyecto, incorporando las mejoras que se consideren necesarias para enriquecerlo durante su desarrollo.

La evaluación que proponemos debería realizarse, estaría orientada por tres grandes objetivos:

1. Conocer el grado de cumplimiento de los objetivos planteados en el momento de formulación de la estrategia.
2. Retroalimentar el proceso a lo largo de su implementación, permitiendo incorporar las mejoras que se vean necesarias para rectificar su desarrollo (evaluación continua).
3. Sistematizar las experiencias vividas por los actores vinculados al proceso, incorporando un elemento formativo orientado a analizar los aprendizajes de quienes se vieron, de una u otra forma, implicados en el mismo.

A la hora de evaluar la estrategia de participación, es preciso, además, diferenciar dos niveles:

- Por un lado, la evaluación de los procesos participativos en sí mismos, de las experiencias piloto puestas en marcha
- Por otro, el grado de repercusión que estos procesos tienen a nivel de la salud de la población

Proponemos a continuación algunas ideas (que habría que consensuar con los implicados) que podrían servir para evaluar los procesos participativos²⁹.

²⁹ Basado en las aportaciones realizadas en el foro Evaluación de los procesos participativos en salud del Programa de formación sobre metodologías participativas para la gestión de la salud; noviembre de 2008.

CONTEXTO DE LOS PROCESOS DE PARTICIPACIÓN	
Posibles criterios de evaluación	Preguntas y/o posibles indicadores
Capacidad de los servicios y profesionales para poder fomentar la participación en salud	▪ Autonomía de servicios y profesionales para definir programas, proyectos, acciones mediante la participación de la gente. ▪ Tiempo disponible de profesionales para poder dedicarse a las dinámicas de participación.
Transversalidad de los distintos servicios y áreas de salud	▪ Existencia de espacios de trabajo conjunto entre servicios/recursos/áreas de salud. ▪ Implicación de recursos de salud de la comunidad en procesos de participación.
Implicación de servicios de salud y de los profesionales en los procesos de participación	▪ Horas dedicadas a procesos/dinámicas de participación. ▪ Número de profesionales implicadas. ▪ Perfil profesional y nivel de responsabilidad en el servicio del personal implicado. ▪ Recursos financieros dedicados a estos proyectos.
Capacidad de interlocución	▪ Presencia de colectivos de ciudadanos con capacidad de interlocución. ▪ Presencia de demandas sociales en torno a la salud.

PARTICIPANTES: ¿QUIÉN PARTICIPA?	
Posibles criterios de evaluación	Preguntas y/o posibles indicadores
Diversidad de participantes	▪ Perfiles socio-demográficos de los participantes (sexo, edad, ...), con relación a su peso en la población de referencia. ▪ Participación de profesionales de otros servicios públicos y privados implicados en los proyectos. ▪ Participación de asociaciones y otros colectivos implicados
Apertura del proceso	▪ Grado de apertura del proceso a distintos perfiles de participantes individuales y colectivos.

MÉTODO: ¿CÓMO SE PARTICIPA?	
Posibles criterios de evaluación	Preguntas y/o posibles indicadores
Calidad de la información	▪ Canales y medios de información y difusión, y su índice de cobertura. ▪ Relevancia de la información difundida (cantidad, claridad y pertinencia).
Capacidad de propuesta / de ser consultado	▪ Canales y medios de participación en los centros del personal y de los usuarios. ▪ Claridad en el “recorrido” institucional de quejas y sugerencias.
Toma de decisiones	▪ Grado de participación formal en la toma de decisiones (en la formulación de objetivos, en el diseño, en la implementación de programas) ▪ Grado en que los resultados del proceso participativo incorporan demandas/propuestas de los participantes.
Control	▪ Grado de fiscalización o control de los programas por parte de la comunidad. ▪ Existencia de una evaluación participada del proceso.

RESULTADOS / CONSECUENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN	
Posibles criterios de evaluación	Preguntas y/o posibles indicadores
Mejoras organizativas y relacionales	En el sistema de salud: ▪ Adecuación de la organización interna de los servicios de salud a los procesos participativos y a sus resultados En las organizaciones sociales: ▪ Fortalecimiento de las organizaciones sociales En el capital social individual: ▪ Fortalecimiento de las redes de apoyo mutuo
Cambios en las políticas/programas de actuación	▪ Existencia de un “producto” final del proceso (programa, actividad, ...) ▪ Valoración de los resultados substantivos del proceso por parte de profesionales y participantes (en qué grado dan respuesta a objetivos / necesidades detectadas) ▪ Valoración del grado en que los servicios de salud y la población pueden implementar los resultados.

Cumplimiento	▪ Puesta en marcha de los programas, proyectos y acciones resultantes de los procesos de participación.
Satisfacción global	▪ Grado de satisfacción de participantes ▪ Grado de satisfacción de profesionales

A largo plazo, sería interesante incorporar una evaluación de la repercusión en salud que tienen los procesos implementados, en qué medida han generado cambios en las prácticas de salud de la población. Podrían desarrollarse aspectos relativos a los aprendizajes y cambios en los hábitos y comportamientos en torno a la salud, además de los indicadores más clásicos sobre control de la enfermedad y utilización de los centros de salud que puedan ser pertinentes.

BLOQUE IV

IV.1. Recomendaciones a la FRS

Si hemos logrado hacer comprender el sentido que para nosotras puede tener un enfoque del trabajo a través de las metodologías participativas, se entenderá que traicionaríamos nuestros propios planteamientos éticos y profesionales al ofrecer un repertorio que pudiera solucionar las carencias en materia de participación de todo el sistema de salud de un país y las de las organizaciones e instituciones que median para que ello se consiga; entre otras cosas porque ese repertorio no existe hasta que no se inicie, en el contexto concreto y en el tiempo concreto, un proceso de este tipo, implementado por las personas protagonistas de él.

Cada proceso es único, tiene las características del territorio en el que se implementa, los límites legales de cada situación política, los estilos organizativos peculiares de las organizaciones responsables, las circunstancias personales y profesionales del personal técnico que interviene y la vivencia de las personas que en las comunidades acuden a los servicios de salud.

Sería una presunción, pues, por nuestra parte, pretender que sepamos, ni siquiera intuyamos, cómo se van a conjugar todos esos factores en los próximos cuatro años, sin que haya siquiera empezado a suceder; por ello, planteamos unos lineamientos generales que suponen un cambio de modelo y de posicionamiento en el trabajo y en el desarrollo de los procesos, en relación a los actores sociales con quienes se tiene habitualmente relación: los miembros de la propia organización, otras organizaciones, las comunidades, el MINSABS y la AECID.

DE CARA A LA PROPIA ORGANIZACIÓN

FORMACIÓN

- Evaluar las políticas formativas de la organización en cuanto a los objetivos de la participación y el tipo de metodologías empleadas, en concreto, los proyectos formativos de los últimos cuatro años.
- Reorientar la lógica de los proyectos formativos, huyendo de la instrucción, la repetición y la memorización. Revisar materiales e introducir nuevos (pueden ser creados por las propias comunidades incluyendo saberes tradicionales).
- Tratar de que las formaciones, cuando se den en los poblados o en los barrios, se hagan en la lengua local, lo que evitaría, entre otras cosas, muchos errores de comprensión y seguimiento de los contenidos.
- Sistematizar con las curanderas y curanderos y las parteras tradicionales sus saberes y conocimientos con el fin de que sigan siendo útiles, situándolos en el contexto actual e incorporarlos al curriculum formativo.

- Dirigir a colectivos específicos, como mujeres y adolescentes y jóvenes, proyectos de formación también específicos, dado su potencial transformador de cara a devolver sus saberes y experiencias a las comunidades en las que se insertan.
- Realizar las formaciones de las comunidades respetando sus quehaceres y costumbres, tratando de huir de planteamientos funcionariales en cuanto a los horarios. Se puede negociar con el personal funcionario y procurar que sea la formación la que se adapte al contexto y no al contrario.
- Construir de forma conjunta con las comunidades y el personal técnico los escenarios o espacios formativos, los contenidos que se van a trabajar y los métodos a utilizar; eso fomentará una participación en igualdad (no así la que se compensa con dinero).

CONSULTORÍAS

- Plantear la realización de las consultorías como un elemento más del proceso en el que se puede aportar un saber técnico desde la/s persona/s que la realizan, pero sin sustituir, en ningún caso, las experiencias y los saberes vivenciales, que deben ser conjugados participativamente, desde el diseño hasta la implementación.
- Evitar la sectorialización sistemática de los temas de las consultorías: las realidades son complejas y tienen elementos transversales que permiten hacer un planteamiento integral que supone, además de ahorro de tiempo y dinero, beneficios para el proyecto y un elemento más de reflexión y acción colectivos desde su propio inicio.

COORDINACIÓN EXTERNA

- Construir núcleos de coordinación y acción estables con otras organizaciones que trabajen en el ámbito de la salud.
- Establecer mecanismos de comunicación y coordinación con contrapartes locales y organizaciones de todo tipo que puedan estar implicadas en el desarrollo de los procesos y no sólo las específicas de cooperación (las de carácter educativo, medioambiental, juvenil, de mujeres, etc.).

PROYECTOS

- Plantear la elección de nuevos proyectos con el planteamiento de incorporar los procesos participativos desde el inicio (detección de necesidades, contextualización, autodiagnóstico y realización del plan de acción) con todos los actores implicados: personal técnico, político y comunidades.
- Evaluar los proyectos realizados con la nueva perspectiva porque, sin duda, contendrán elementos positivos que convendrá rescatar.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

- Empezar a incluir metodologías participativas en el trabajo interno de la organización a todos los niveles, contando con el conjunto del personal, esto es: directivo, técnico, auxiliar, conductores, vigilantes, etc. Recoger las aportaciones de todos y todas en la organización del funcionamiento y en la implementación de los proyectos implicará, a medio plazo, un grado de compromiso y responsabilidad que redundará en el conjunto de la Fundación.
- Revisar los criterios de permanencia y vinculación del personal técnico respecto a los proyectos. Dado que forman parte de un proceso, la rotación excesiva acaba dañando el desarrollo y la implementación, además de ofrecer al exterior una visión de desorganización y falta de continuidad.
- Incluir también la perspectiva de la participación en la relación con las personas que prestan sus servicios de forma voluntaria, ya que su trabajo repercute en el éxito de los proyectos; el que no exista una compensación económica a cambio de su trabajo no significa que no puedan satisfacer sus expectativas al colaborar de forma participativa y tener el reconocimiento de su comunidad.

DE CARA AL MINSABS

- Hacer política de abogacía ante el Ministerio de Salud y Bienestar Social para diseñar conjuntamente las futuras estrategias de implementación de procesos participativos, argumentando los beneficios que también revierten en el ámbito de las políticas públicas de salud, como ya sucedió en su día con las primeras experiencias de implementación de la APS.

DE CARA A LA AECID

- Establecer un contacto permanente con la OTC de la AECID para Guinea Ecuatorial, de cara a aprovechar al máximo los recursos de los que dispone y solicitar la información relativa a experiencias similares a las que se proponen aquí, realizadas con fondos gubernamentales españoles, fundamentalmente en países de América Latina y algunos de África.

La recomendación final implica un ejercicio de valentía: la participación, tal como la hemos descrito (porque así la vivimos), no es cuestión de números ni de cualidades, es un reto personal y organizativo que hay que asumir si queremos conocer la realidad en la que vivimos y ser capaces de transformarla.

IV.3. Fuentes consultadas

DOCUMENTOS FACILITADOS POR LA FRS

MEMORIA FRS 2010

Fundación de Religiosos para la Salud

RESUMEN DE ACTIVIDADES FRS. ATENCIÓN PRIMARIA DE GUINEA ECUATORIAL

Fundación de Religiosos para la salud

REGLAMENTO GENERAL DE LOS CENTROS DE SALUD

Dirección General de Asistencia y Coordinación Hospitalaria

Agosto 2010

REGLAMENTO GENERAL DE LOS PUESTOS DE SALUD

Dirección General de Asistencia y Coordinación Hospitalaria

Agosto 2010

Decreto 90/99. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE GUINEA ECUATORIAL. Creación de los Comités de Desarrollo y de Salud Distritales. Octubre 1990

SEMINARIO TALLER PARA LA OPERACIONALIZACIÓN DEL DISTRITO SANITARIO

Unificación del modelo de distrito sanitario en Guinea Ecuatorial

Daniel Cobos Muñoz, Laura Monzón Llamas

Diciembre 2010

CONSULTORÍA PARA INCLUIR EL COMPONENTE DE GÉNERO EN LA ESTRATEGIA DE FRS EN GUINEA ECUATORIAL

Pilar Blanco Prieto y Consuelo Ruiz-Jarabo Quemada

Abril 2011

INFORME DE CONSULTORIA PARA LA ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE TRABAJO CON JÓVENES EN SALUD EN LOS EQUIPOS DE FRS

Virginia Núñez Martínez

2008-2011

INFORME CURSO DE RESPONSABLES DE COMUNIDADES Y ANIMADORES SOCIO-SANITARIOS SOBRE ELABORACIÓN PROYECTOS SOCIALES PARA COMUNIDADES SALUDABLES

Octubre 2010

CURSO MODULAR DE EQUIPOS DISTRITALES DE SALUD EN GUINEA ECUATORIAL

Módulo 1: Reforma del sector salud, Fortalecimiento del sistema de salud, Modelo de distrito

José J. O'Shanahan; Laura Monzón; Carmen L. Ballester; Ana Rodríguez; Daniel Cobos

MANUAL DE DESARROLLO COMUNITARIO

Lic Roxmery Rosas Saravia

Ministerio de sanidad y bienestar social. Ministerio del interior y corporaciones locales. Director general de salud pública

Guinea ecuatorial, julio de 2003

GUÍA PARA EL DESARROLLO DE LA APS A NIVEL DE DISTRITO ORIENTADA HACIA LA AUTOGESTIÓN Y LA DESCENTRALIZACIÓN.

Salud y Desarrollo, 1997

MEMORIA DEL DIAGNÓSTICO DE ESTADO DE LOS COMITÉS DE SALUD

Equipo Mbini (Litoral)

Diciembre 2010 - Marzo 2011

CONSULTORÍA PARA LA PROPUESTA PARA UN MODELO DE ORGANIZACIÓN DE DISTRITO SANITARIO

José Joaquín O'Shanahan Juan

Noviembre 2011

www.fundacionfrs.es/

DOCUMENTOS AECID Y OTROS ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES

II INFORME NACIONAL SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 2009

Ministerio de Planificación, Desarrollo Económico e inversiones
2010

ACTA XI COMISIÓN MIXTA GUINEA ECUATORIAL-ESPAÑA DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO 2009-2011

Bata, julio 2009

CÓMO PROMOVER EL DESARROLLO INCLUSIVO EN GUINEA ECUATORIAL

Oficina Regional de Unicef para África Central y Occidental
2009

EVALUACIÓN DE MEDIO PLAZO DEL PROGRAMA DE COOPERACIÓN ENTRE EL GOBIERNO DE GUINEA ECUATORIAL Y EL UNICEF

Programa de País. 2008-2011
Febrero de 2011

PLAN DIRECTOR DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA 2009-2012

Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación
2009

CONVENIO DE COLABORACIÓN EN SALUD. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, República de Guinea Ecuatorial (MINSABS) y Fundación de Religiosos para la Salud (FRS). Malabo. 2009

LA AECID Y LA COOPERACIÓN CON ÁFRICA SUBSAHARIANA
Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación
2009-2012

APS – PARTICIPACIÓN EN SALUD

OMS. DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978.

OMS. CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. 1989.

DECLARACIÓN DE SUNDSVALL. ENTORNOS SALUDABLES. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Sundswall, Suecia. 1991

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 4
Jakarta, Indonesia, 1997.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: HACIA UNA MAYOR EQUIDAD. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México, México, 2000.

ÁFRICA HEALTH STRATEGY: 2007-2015. Strengthening of Health Systems for Equity and Development in África. Third Session of the African Union Conference of Ministers of Health. Draft Rv 2.
Johannesburg, South África. 9-13 April 2007.

CONCLUSIONES. Séptima Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Nairobi, Kenya, 2009.

EDUCACIÓN, MOVILIZACIÓN SOCIAL Y ABOGACÍA PARA PROMOVER LA SALUD
Julio González-Molina (Consultor de la Organización Panamericana de la Salud, OPS)
Revista Médica Uruguay
Uruguay, 2002.
<http://www.rmu.org.uy/revista/2002v3/art2.pdf>

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD: REFLEXIONES Y HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN DESDE CHILE
Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
Diciembre 2009.
http://redcimas.org/archivos/biblioteca/metodologias/MINSAL_MANUALdeSALUD.pdf

OPS. Rostros, voces y lugares: respuesta desde las comunidades a los objetivos de desarrollo del milenio.

Washington D.C. 2007.

<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-14-s.pdf>

GUÍA DE LOS ALCALDES PARA PROMOVER CALIDAD DE VIDA

Municipios y comunidades saludables. División de Promoción y protección de la salud.

OPS

http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacg/guialcalde/1salud/d1/007_MCS_Gu%C3%ADa/MCS_Gu%C3%ADa.pdf

GUÍA DE ORIENTACIÓN EN SANEAMIENTO BÁSICO PARA ALCALDÍAS DE MUNICIPIOS RURALES Y PEQUEÑAS COMUNIDADES

<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacg/guialcalde/1salud/1-7salud.htm>

HOJA DE RUTA PARA CONTRIBUIR AL LOGRO DE LOS ODM EN LOS MUNICIPIOS, CIUDADES Y COMUNIDADES SALUDABLES

http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacg/guialcalde/1salud/d1/078_Hoja_de_ruta/Hoja_de_Ruta_ODM_en_MCS.pdf

COMUNIDAD SALUDABLE

<http://www.comunidadsaludable.org/inicio.asp>

SIETE TESIS SOBRE LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Roberto Briceño-León

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n1/1594.pdf>

METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS

LA DEMOCRACIA EN ACCIÓN: UNA VISIÓN DESDE LAS METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS

Pablo Paño; Ernesto Ganuza; Lucrecia Olivari; Luz Buitrago; Concha Lorenzana

Antígona Procesos Participativos, 2010.

<http://www.antigona.org.es/area-trabajo/lademocraciaenaccion.pdf>

LA DEMOCRACIA EN ACCIÓN: PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN LA GESTIÓN PÚBLICA. METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS Y PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

PARLOCAL, “Escuela de Políticas Públicas de Participación Social”

Pablo Paño; Ernesto Ganuza; Lucrecia Olivari

Antígona Procesos Participativos, 2010

http://www.infoop.org/observ/parameters/infoop/files/File/upload/Biblioteca_de_la_Democracia_Participativa/Presupuestos_Participativos_Varios/Democracia_en_accion_MP_y_PPs_2.2_20sp.pdf

EL VOLER, EL SABER I EL PODER PARTICIPAR

Pla d'acció integral del Solsonés. Volum 1, Apuntes metodològics

Lucrecia Olivari

Associació l'Arada, 2009.

<http://www.larada.net/mm/Apunts%20metodol%C3%B2gics.pdf>