



Reescribiendo

los Derechos Sexuales y Reproductivos en los Sistemas Públicos de Salud

Sistematización de la experiencia del Convenio “Fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y desarrollo en el nivel descentralizado con especial incidencia en materia de Salud Sexual y Reproductiva”

San Salvador, Febrero-Abril 2012

Sistematización de la experiencia del Convenio “Fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y desarrollo en el nivel descentralizado con especial incidencia en materia de Salud Sexual y Reproductiva”

Elaboración :

LA EQUIPA

Charo Hernández Camacho

Mariela Quintanilla Cerros

Montse Magem Vilà

Asesoría técnica:

Jorge Irazola

AGRADECIMIENTOS

Medicus Mundi y el equipo de investigadoras expresan su agradecimiento a las personas, organizaciones e instituciones que aceptaron participar en la presente sistematización y cuyos aportes fueron decisivos en su enriquecimiento final

El presente documento fue financiado con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en el marco del desarrollo del convenio “Fortalecimiento de Sistemas públicos de salud y desarrollo en el nivel descentralizado, con especial incidencia en materia de salud sexual y reproductiva” MEDICUS MUNDI/AECID (Convenio 07/C01/66).

INDICE

| CONTENIDO | PAGINA |
|---|--------|
| Glosario | 4 |
| 1. Presentación de la sistematización | 6 |
| 2. Objetivo de la sistematización | 7 |
| 3. Ejes de la sistematización | 8 |
| 4. Metodología de la sistematización | 9 |
| 5. Recuperando la experiencia | 12 |
| 5.1. El retroceso en los Derechos Sexuales y Reproductivos: una pequeña mirada de cómo está la región | 12 |
| 5.2. Cambiando la situación: lo acordado | 18 |
| 5.3. Somos muchas y muchos: ¿quiénes lo hicimos? | 21 |
| 5.4. ¿quién hace qué? Así nos hemos organizado | 23 |
| 5.5. Las historias de la historia | 26 |
| 5.6. Tejiendo redes: Otras relaciones | 46 |
| 6. Una experiencia a analizar | 47 |
| 6.1. Muchas cosas por hacer: Fortaleciendo los sistemas públicos de salud | 47 |
| 6.1.1. Construyendo y generando conocimiento | 48 |
| 6.1.2. Construyendo infraestructuras y equipando | 75 |
| 6.1.3. Registrando y compartiendo datos | 83 |
| 6.1.4. Nos enfrentamos a un reto: La participación social en salud | 87 |
| 6.2. Sin coordinación no hay acción | 93 |
| 6.3. Una experiencia que no ha pasado desapercibida: ¿qué nos deja? | 102 |
| 6.4. Sino, ¡no sirve!: Deconstruyendo relaciones de poder | 110 |
| 6.5. No todo ha sido fácil | 118 |
| 6.6. Algunas cosas que nos ayudaron | 122 |
| 6.7. Al final lo logramos. | 124 |
| 7. Nada queda igual: cambios provocados | 127 |
| 8. Lo que hemos aprendido | 130 |
| 9. En definitiva, ¿Qué sigue ahora? | 133 |
| 10. Anexos | 137 |

GLOSARIO

ACDES: Asociación Comunitaria para el Desarrollo Sololateco Xocomil

ACUDESBAL: Asociación de Comunidades Unidas para el Desarrollo del Bajo Lempa

ADESCO: Asociación de Desarrollo Comunitario

AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

CAI: Centro de Atención Integral

CAISA: Centro de Atención Integral de Salud para Adolescentes

CESAR: Centro de Salud Rural

CESAMOS: Centros de Salud con Medicos y Otros

CODESAL: Comisión Departamental de Salud

COCODES: Consejos Comunitarios de Desarrollo

COMUDES: Consejos Municipales de Salud

CESAR: Centros de Salud Rural

CIES-UNAN: Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

CTDASS: Consejo Técnico Departamental Área de Salud de Sololá

DAS: Departamento del Área de Salud

DIU: Dispositivo Intrauterino

DSyR: Derechos Sexuales y Reproductivos

EAPAS: Equipo de Apoyo de primer Nivel de Atención en Salud

ECOS: Equipo Comunitario de Salud

ENMUNEH: Enlace de Mujeres Negras de Honduras

FAMME: Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España

FdW: Fundación de Waal

FNS: Foro Nacional de Salud

HEM: Hogar de Espera Materna

ISIS: Instituto de Salud Incluyente

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

IEC: Información Educación Comunicación

MAIS: Modelo de Atención Integral de la Salud

MDS: Mesa Departamental de Salud

MIS: Modelo Incluyente de Salud

MM: Medicus Mundi

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

MINSA: Ministerio de Salud

ODESAR: Organización para el Desarrollo Municipal

ONG: Organización no Gubernamental

OTC : Oficina Técnica de Cooperación

PAC: Anual Convenio

PFM: Policlínico Francisco Morazán

PDDH: Procuraduría para la defensa de los Derechos Humanos

SIAS: Sistema Integral de Atención en Salud

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SILAIS: Sistema Local de Atención Integral en Salud

SSyR Salud Sexual y Reproductiva

UG: Unidad de Gestión

1. PRESENTACIÓN

Sistemas públicos de salud, organizaciones, asociaciones, voluntarios/s, personal sanitario, comités de salud, comités de emergencias, multiculturalidad, género, diplomados, talleres, cursos, incidencia, participación social, consensos, disensos, coordinaciones, interrelaciones, infraestructuras, equipamientos, sistemas de información, estrés, sobre esfuerzo, descentralización, atención de calidad y calidez, acceso a la salud..., una amalgama de palabras que expresan el afán de Las Socias Locales y Medicus Mundi por llegar a un mismo fin, el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

En la búsqueda de ordenar el ciclón de experiencias que ha implicado la ejecución del Convenio “*Fortalecimiento de sistemas públicos de salud y desarrollo en el nivel descentralizado con especial incidencia en materia de Salud Sexual y Reproductiva*”, se inicia esta sistematización la cual esperamos permita analizar, reflexionar y comprender el recorrido que ha llevado a lo largo de su ejecución.

Entendiendo la sistematización como un proceso colectivo de construcción de conocimiento a partir del análisis crítico de la propia práctica y de las propias experiencias vividas por todas y todos los participantes; la reconstrucción y recuperación histórica del proceso llevado a cabo a lo largo de toda la vida del Convenio, nos ha permitido el análisis e interpretación de la experiencia para extraer los principales aprendizajes, de tal forma que lleven a una nueva práctica mejorada y a una proyección futura para continuar trabajando hacia sus objetivos transformadores.

Este documento recoge buena parte de las historias y experiencias desarrolladas durante los cuatro años de trabajo, proporcionando elementos de análisis objetivo; que si bien son importantes, no son los únicos a tener en cuenta; por lo que se rescatan además, aquellos elementos subjetivos articulados en la cotidianeidad del accionar, de tal forma que quede reflejado el pensar y el sentir de las diferentes personas involucradas en el proceso, siendo ellos y ellas los que hablan en la presente sistematización.

Hemos --estructurado la información en cuatro grandes bloques; el primero, presenta la concepción de sistematización de la que partimos, los objetivos y ejes de la sistematización que explican el porqué del proceso y en qué aspectos se enfoca el análisis y, finalmente la metodología utilizada en dicho proceso.

A partir de aquí inicia el proceso de recuperación histórica, con un contexto previo que ubique la experiencia en el entorno y la coyuntura concreta, para posteriormente, realizar una descripción de las y los involucrados y de sus formas de organizarse para llevar a cabo la propuesta, reconstruyendo finalmente, las diferentes historias de cada una de las acciones que en el marco de Convenio se han desarrollado.

Todos estos elementos desembocan en un momento de análisis y teorización en torno a los ejes de sistematización definidos con anterioridad y que, a grandes rasgos, reflexionan en torno a las diferentes estrategias implementadas con el fin de avanzar hacia mejores sistemas públicos de salud.

Como resultado de este análisis extraemos los principales limitantes con los que se han tenido que enfrentar los y las participantes; aquellos elementos que favorecieron en el desarrollo de la experiencia y los logros alcanzados en ella; además de poner de manifiesto los cambios sentidos por las y los involucrados y, como es indispensable en procesos de sistematización, las principales lecciones que nos deja y propuestas de cambio a ser tenidas en cuentas para futuras proyecciones.

2. OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

El presente estudio de sistematización tiene por objeto el Convenio “*Fortalecimiento de sistemas públicos de salud y desarrollo en el nivel descentralizado, con especial incidencia en materia de Salud Sexual y Reproductiva*” (Convenio 07/C01/66), presentado a la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID) en julio de 2007, siendo finalmente aprobado en noviembre de 2007.

Con esta sistematización nos hemos propuesto reconstruir los procesos que constituyeron una experiencia particular, con la intención de extraer y analizar patrones estratégicos comunes al conjunto del Convenio y hallazgos metodológicos que puedan convertirse en valores agregados en el diseño de futuras intervenciones de cooperación ligadas al fortalecimiento de sistemas públicos de salud y al abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva (en adelante SSyR). Para ello busca:

Como **objetivo general** se planteó sistematizar las lecciones aprendidas, dificultades y experiencias innovadoras que se identifiquen en el análisis de la ejecución del conjunto del Convenio centroamericano “*Fortalecimiento de Sistemas públicos de salud y desarrollo en el nivel descentralizado, con especial incidencia en materia de Salud Sexual y Reproductiva*”.

Los objetivos específicos que se perseguían fueron:

- Reconstruir las principales estrategias ligadas al fortalecimiento de sistemas públicos de salud, aplicadas por las acciones que contempla el Convenio y desarrolladas en los cuatro países del Convenio, extrayendo conclusiones analíticas y lecciones aprendidas comunes a todas ellas para su replicabilidad y sostenibilidad en iniciativas similares.
- Aportar conocimiento sobre los cambios, resultados, aprendizajes y desafíos, desde la práctica desarrollada por este proyecto.
- Considerar la adecuación de los procedimientos utilizados y los mecanismos de decisión ligados a las ejecuciones de las acciones, analizando especialmente el fortalecimiento de socios locales y los niveles de cogestión obtenidos entre los actores involucrados en su ejecución.
- Detectar logros, dificultades, amenaza y oportunidades producidas en la ejecución del Convenio.
- Sistematizar las experiencias, como producto del plan de sistematización a través del presente documento.

3. EJES DE LA SISTEMATIZACIÓN

Para lograr los objetivos previstos se definieron en conjunto con Medicus Mundi los ejes prioritarios a tener en cuenta. De esta forma hemos partido de un elemento central haciéndonos la siguiente pregunta; ¿cuáles han sido los patrones estratégicos de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en el presente Convenio?, para responderla se plantearon los siguientes elementos como ejes de sistematización:

- Estrategias de construcción y generación de conocimiento puestas en marcha que permitieron cambios en las prácticas y actitudes de los y las involucradas, entre ellas los procesos formativos implementados, las investigaciones realizadas y los materiales de Información, Educación y Comunicación (IEC).
- Acciones de dotación de infraestructuras y equipamientos a los establecimientos públicos de salud que contribuyen y acercan los servicios a la población.
- Propuestas realizadas para mejorar los sistemas de registro e información y referencia y contrareferencia de los sistemas públicos de salud, que permiten establecer las estrategias y la distribución de los recursos
- Procesos de promoción de la participación social que fomentaron una mayor y mejor coordinación e incidencia entre los sistemas públicos de salud y la sociedad civil en materia de Salud Sexual y Reproductiva.
- Niveles de apropiación y aplicación del enfoque de género y multiculturalidad en SSyR.

De igual forma se han querido sistematizar otros dos elementos implícitos en la misma ejecución de la propuesta:

- Mecanismos de relación, articulación y coordinación que facilitaron el desarrollo del Convenio.
- Fortalecimiento de las capacidades para las y los participantes adquiridas a raíz del Convenio.

4. METODOLOGÍA DE LA SISTEMATIZACIÓN

Partiendo de la concepción de sistematización sobre la que hemos trabajado, expuesta en el punto anterior, basamos nuestra metodología en un enfoque que tiene su origen en la Educación Popular, en el sentido que, parte del análisis de una realidad y unas experiencias vividas por las y los diferentes participantes para la construcción de nuevos conocimientos que faciliten la continuidad de los procesos de forma mejorada.

La Educación Popular constituye una forma de entender la realidad e intervenir sobre ella en la medida que partiendo de la reflexión colectiva de los principales problemas con los que se enfrentan los individuos y analizando sus causas, se generen compromisos en la realización de acciones para solucionarlos. En este sentido la sistematización puede actuar de herramienta que facilite el espacio propicio de análisis crítico de la experiencia del Convenio para repensar las diferentes acciones que contribuyan a una mejora de la calidad de vida de las personas y a una construcción de ciudadanía sin ningún tipo de relaciones de poder.

Para ello, se ha utilizado una metodología participativa en la que se ha intentado recoger al máximo las diferentes vivencias sentidas de las y los participantes del proceso, reconociendo así su subjetividad y objetivando sus experiencias.

Cabe mencionar que esta sistematización, aún teniendo como principal objetivo la participación de todas y todos, ha sido facilitada por un equipo externo no involucrado en el proceso. En este sentido, se ha intentado, a través de las diferentes técnicas e instrumentos diseñados, involucrar al máximo de actores; buscando, en la mayoría de lo posible, espacios comunes de reflexión a partir de preguntas generadoras. Sin embargo, debido a la diversidad de procesos y participantes, al tiempo y a la dispersión de las acciones, en muchas ocasiones se han reducido estos espacios a encuentros o entrevistas individuales, ganando en información concreta, pero perdiendo en reflexión y construcción colectiva.

De igual forma esa misma diversidad de actores y dispersión geográfica del trabajo efectuado supuso en el terreno, una enorme saturación en los tiempos, tanto para la equipa consultora como para las y los responsables de las Asociaciones de Medicus Mundi; esa misma multiplicidad de actores generó un volumen de información elevadísimo, que si bien ha sido pilar fundamental para la amplia visión obtenida, produjo un enorme esfuerzo para el vaciado de la misma. Si bien estas circunstancias no han supuesto limitantes en el alcance del presente trabajo, deben ser tomadas en cuenta en futuras ocasiones.

A pesar de todo, es importante destacar que para el proceso de sistematización, principalmente en el trabajo desarrollado en cada uno de los países, se ha tenido un enorme apoyo de las y los representantes que las oficinas de las diferentes Asociaciones de Medicus Mundi en cada uno de ellos, lo que permitió desarrollar, algunas veces por encima de lo previsto, la multitud de entrevistas y talleres que planteaba el proceso de sistematización. Igualmente se contó durante todo el proceso con un enorme apoyo de la Unidad de Gestión, tanto para coordinar el trabajo de campo efectuado, como para la orientación de su enfoque y alcance.

Ante todo ello el proceso metodológico desarrollado ha seguido las siguientes fases:

PRIMERA FASE:

Preparación y planificación de la sistematización.

En esta primera fase, se realizó el diseño de la sistematización que incluyó la definición del objeto, la delimitación de los objetivos, la identificación de los ejes de sistematización y la elección del método a utilizar. Fue también durante esta fase donde se identificaron los actores clave.

Para ello se realizaron las siguientes acciones:

- Se realizaron dos reuniones iniciales con la Unidad de Gestión en San Salvador las cuales permitieron obtener los elementos necesarios para concretar el diseño definitivo de la sistematización. Se suministró la página web donde se encontraban los documentos necesarios para dicho diseño y se identificaron algunos de los actores clave y otros informantes no ligados directamente al Convenio que se consideraron necesario para la participación en el proceso.
- En estas reuniones se establecieron los mecanismos de coordinación y se validó el plan de trabajo.
- Finalmente, se elaboró el diseño de la sistematización conteniendo; los objetivos, ejes y plan de trabajo definitivo.

SEGUNDA FASE:

Recuperación, análisis e interpretación de la experiencia.

Esta fase fue la de sistematización propiamente dicha, es decir la encargada de reconstruir la historia de la experiencia, ordenarla, analizarla y comprenderla para aprender de ella. Durante esta fase se desarrollaron los siguientes pasos:

1. Recuperación histórica y recopilación de la información, donde inicialmente se recapituló la información necesaria para obtener una visión general del Convenio para después desarrollar el trabajo de campo en los 4 países de la región. Las técnicas utilizadas aquí fueron:

- **Recopilación, revisión y análisis documental:** Se realizó un análisis exhaustivo de la documentación entregada en relación al Convenio, la cual sirvió para contextualizar el proceso y diseñar los instrumentos de campo. Cabe decir que un elemento que facilitó este proceso fue el disponer de una página web donde estaban volcados y ordenados la mayoría de los documentos necesarios y significativos.

Instrumento: Se utilizó una guía para ordenar y facilitar en análisis (*ver anexo 1: guía de análisis documental*).

- **Diseño de los instrumentos del proceso de sistematización:** a parte de la guía para el análisis de la documentación, se diseñaron las cartas metodológicas para los diferentes talleres propuestos, así como la guía de entrevistas y la guía para el análisis de los talleres y entrevistas de sistematización. (*Ver anexos 2, 3 y 4*)
- **Entrevistas semiestructuradas** con informantes claves identificados en conjunto con la Unidad de Gestión.

Estas entrevistas fueron realizadas en los cuatro países que participaron en el Convenio realizándose un total de 38 entrevistas individuales y 16 colectivas. A través de ellas se pudo obtener una información más detallada de los diferentes ejes del proceso a partir de las cuales se contrastaba la información con la documentación obtenida (*Ver anexo 5. Listado de participantes en las entrevistas*).

Instrumentos: Se elaboraron 3 guías de entrevista en función de si estaba dirigida a personal de Medicus Mundi, personal de las organizaciones sociales o personal de las instituciones públicas de salud.

- **Talleres de sistematización**: Se realizaron un total de 6 talleres de sistematización con técnicas participativas, en los cuales partiendo de la reconstrucción colectiva del proceso vivido se analizaron los diferentes ejes y momentos de la experiencia, identificando los principales logros, limitantes, elementos facilitadores, cambios y aprendizajes. Todos los talleres tuvieron una duración de 4 horas, a excepción de la acción 4 de Honduras que fue de 8 horas. En este sentido se consideró que el tiempo de media jornada, aún permitiendo extraer la información necesaria, fue un poco justo para realizar los análisis y las reflexiones colectivas pertinentes (*Ver anexo 6. Listado de talleres de sistematización*).

2. Ordenamiento de la información. Este momento se realizó de forma paralela al trabajo de campo en el sentido que, a medida que se fueron haciendo los talleres y las entrevistas se iba transcribiendo la información en el instrumento diseñado previamente para tal uso.

Instrumento: Guía para el análisis de la información.

3. Análisis e interpretación crítica de la experiencia y extracción de los principales aprendizajes. Una vez vaciada y sistematizada toda la información se inició en análisis crítico, contrastando y comparando toda información recibida en función de los ejes de sistematización. Este análisis crítico se realizó mediante la triangulación de la información a partir de los diferentes instrumentos propuestos en la metodología, buscando dar una integralidad al análisis en función de los ejes propuestos.

Durante esta fase se trabajó y realizaron reuniones de coordinación con la Unidad de Gestión para dar seguimiento a los avances y discutir en cierto momento algunos de los análisis.

Instrumento: Guía para el análisis de la información.

TERCERA FASE:

Comunicación de los aprendizajes

Se elaboró un documento borrador para ser validado y complementado por la Unidad de Gestión en El Salvador, recogiendo los aportes y construyendo el documento definitivo.

5. RECUPERANDO LA EXPERIENCIA

5.1 EL RETROCESO EN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: UNA PEQUEÑA MIRADA DE CÓMO ESTAMOS¹

Ubicación Geográfica

Centroamérica, con un área de 522,760 kilómetros cuadrados, en su división geopolítica está conformada por siete países independientes, Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, sus límites al norte son la frontera sur de México y al sur Colombia, al este el Océano Atlántico y al oeste el Océano Pacífico, posee una población alrededor de 45,739.00 habitantes (ONU 2009), seis de los siete países independientes que lo conforman son hispanoparlantes a excepción de Belice que oficialmente es el inglés. Siendo un histórico territorio de pueblos originarios en su mayoría mayas, ha sido y es una tierra de paso, donde se asentaron diferentes razas y etnias que la han hecho heredera de una rica multiculturalidad, étnicamente diversa y multilingüística.

La región representa únicamente el 1% de la superficie terrestre del mundo y cuenta con el 8% de las reservas naturales del planeta, entre las que se identifican 22 zonas de vida, 17 regiones ecológicas, razón por la cual es blanco de transnacionales que buscan explotar sus recursos naturales.

Situación Socio – Política

Políticamente los países centroamericanos, son gobiernos democráticos, se eligen por voto popular y tienen representación a través de la figura presidencial a excepción de Belice que tiene una representación a través del parlamento.

Tierra de grandes acontecimientos sociales y políticos, significativos como: las guerras civiles de tres de los siete países que conforman el istmo, invasiones, dictaduras, masacres, desastres naturales y en los últimos dos años un golpe de estado, eventos que han sentado las bases para la desestabilización social y las condiciones de violencia que enfrenta hoy en día la región. Sometidos al colonialismo económico de quienes ostentan y deciden el rumbo de la economía mundial, pueblos sitiados por el crimen organizado como: el narcotráfico, la trata de personas, venta de armas..., que cada día se encargan de sembrar, abonar y cosechar la semilla del miedo, a pensar, sentir y a dar respuestas que nos liberen de las múltiples prisiones del sistema hegemónico - patriarcal - capitalista.

En Centroamérica están tres de los países con ciudades consideradas altamente peligrosas por sus niveles de violencia: San Pedro Sula en Honduras, San Salvador en El Salvador y Ciudad de Guatemala en Guatemala, las dimensiones de la violencia son múltiples, sin duda alguna cuando se está inmerso en sociedades, donde la ley del más rico es la que prevalece dentro de un sistema social. Podemos observar que en estos países no existe la tregua social para un verdadero desarrollo integral humano, países donde la represión se ha convertido en el ingrediente básico para la transformación social de la violencia, represión expresada en las leyes, en los métodos de intervención de los cuerpos policiales, en los medios de comunicación y el sesgo y la manipulación de la información con fines políticos, se podrían nombrar muchas de las diversas expresiones que el sistema tiene para alimentar la inanición y la desidia social.

¹ Las fuentes utilizadas para la elaboración del presente contexto han sido: <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/idg/PNUD>, Informe de Desarrollo Humano. 2011

Situación Económica

En países como los nuestros la densidad poblacional, se concentra en las principales ciudades u capitales, inducida por el acelerado urbanismo, provocado por las migraciones internas de la ciudad al campo que ha su vez han sido provocadas por las crisis económicas que desde los años 80' y 90', están siendo provocados con las recetas de ajustes económicos que Estados Unidos y Europa viene aplicando a los países “subdesarrollados”.

Desde la colonia los países centroamericanos, se beneficiaban de la producción agrícola, hoy en día la agricultura sigue siendo un rubro económico, sin embargo cada vez se va perdiendo la diversificación de nuestros productos autóctonos y las tierras son ocupada para la producción de monocultivos de grandes empresas transnacionales que concesionan la tierra de los campesinos, degradan el medioambiente y generan enfermedades a causa de los productos agroquímicos utilizados para este tipo de cultivos.

Así mismo por su riqueza geográfica, Centroamérica goza de un clima y espacios privilegiados, atractivos al turismo anglosajón, actualmente los megaproyectos de turismo devastas las zonas poco explotadas para la construcción de complejos turísticos, no accesibles a la población bajo la línea de pobreza, que se convierten en la mano de obra explotada de estos megaproyectos.

Otro rubro de la economía centroamericana es la industria, siendo productor de energía, productos manufacturados y en el caso de Guatemala es un pequeño exportador de petróleo crudo, al igual que en los rubros anteriores el grueso de la población es contratada, por transnacionales y oligarcas de la región en condiciones de seguridad laboral precarias y bajos salarios.

Los principales destinatarios de la producción centroamericana son Estados Unidos, y Europa, otros no menos importantes en los intercambios comerciales son México, Brasil y Venezuela. El istmo centroamericano esta adherido a diferentes tratados comerciales: EL CAPFTA con los EEUU,

Índices de Pobreza

Los países centroamericanos están clasificados como países en vías de desarrollo, siendo en todos ellos, la pobreza un factor constante, que como se expreso en el punto anterior, no se debe a la escasez de recursos sino a la desigualdad de su distribución, pobreza que se territorializa en las áreas rurales, zonas donde se concentran las etnias, pueblos originarios y los campesinos mestizos. Los índices de pobreza en el año 2011, Costa Rica población bajo la línea de pobreza es del 22.1% y bajo la línea de extrema pobreza 7.1; El Salvador población bajo la línea de pobreza 40.6 % y bajo la línea de extrema pobreza 19.6 %, Guatemala población bajo la línea de pobreza 31.9 % y bajo la línea de extrema pobreza 22.3 %, Honduras población bajo la línea de pobreza 40.7 % y bajo la línea de extrema pobreza 47.1 %, Nicaragua población bajo la línea de pobreza 79.9 y población bajo la línea de extrema pobreza 29.7 %, Panamá población bajo la línea de pobreza 18 % y población bajo la línea de extrema pobreza 9,8 %. La economía de los países centroamericanos se sostiene sobre la agricultura, la pequeña industria y la exportación de mano de obra barata hacia el extranjero, mayoritariamente a Estados Unidos.

Índices demográficos

Los países centroamericanos, tienen una densidad poblacional, producto del acelerado proceso de urbanización, que la crisis económica, obligo a la zona rural a masivas migraciones al interior de los países, no obstante la distribución de la población no está en función de área geográfica, siendo que El Salvador es uno de los países territorialmente más pequeño, 21,041 kilómetros cuadrados, pero densamente poblado 290 habitantes por kilómetro cuadrado, mientras que Nicaragua con una extensión territorial de 192,494 kilómetros cuadrados tiene una densidad poblacional de 44 habitantes por kilómetro cuadrado.

| PAÍS | NATALIDAD (x1000) 2005 – 2010 | MORTALIDAD (x1000) 2005 - 2010 | % CRECIMIENTO POBLACIONAL |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| BELICE | 25.5 | 5.8 | 2.08 |
| COSTA RICA | 17.8 | 4.3 | 1.50 |
| EL SALVADOR | 34.8 | 5.6 | 2.80 |
| GUATEMALA | 33.2 | 4.9 | 2.47 |
| HONDURAS | 27.9 | 5.1 | 1.31 |
| NICARAGUA | 24.9 | 5.1 | 1.31 |
| PANAMA | 19.8 | 4.6 | 1.65 |
| World Population Prospects de la ONU | | | |

El Convenio de Cooperación al desarrollo "Fortalecimiento de Sistema Público de Salud y Desarrollo en el Nivel Descentralizado, con especial incidencia en materia de Salud Sexual y Reproductiva. Código 07 – C01 - 66", con el objetivo de la reducir la mortalidad materna a través la promoción de la salud, la participación social de la ciudadanía, la promoción y sensibilización de la Salud Sexual y Reproductiva, la formación en salud sexual reproductiva al personal de salud..., se ha ejecutado en cuatro de los siete países centroamericanos, Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua.

Guatemala

Según su ubicación geopolítica Guatemala, limita al norte con México, al sur con El Salvador y Honduras, al este con Belize y el mar Caribe y al oeste con el océano Pacífico. Su superficie total es de 109.000 km², la población del país asciende a 13.824.463 habitantes. Su capital es ciudad de Guatemala, por su división político administrativa, está dividida en 22 departamentos. Guatemala es un país multicultural, y plurilingüe, su idioma oficial es el español, pero el poseer el 51% de población indígena le ha llevado a reconocer 23 idiomas (Mayas, Xinca y Garifuna).

Guatemala por el nivel de la calidad vida, el promedio de vida y el acceso a la educación de sus habitantes, con un Índice de Desarrollo Humano (IDH), 0,574 Guatemala esta ubicado en el puesto 131 de 177 países. Sin embargo en el índice de desarrollo humano relativo al genero IDG 0,542, lo que indica que hay una desigualdad de género, de lo que podemos deducir que el bienestar económico, el acceso y goce a la salud y el acceso al derecho de la educación no es igual para hombres y mujeres, esto se puede comprobar analizando las diferentes porcentajes de las variables de análisis del IDG de Guatemala.

Una de las variables de análisis del IDG, es la participación de hombres y mujeres en el ámbito laboral, que según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su informe de desarrollo humano del 2011, asigna un porcentaje en la tasa de participación en la fuerza de trabajo, el 45,5 % son mujeres, frente al un 76,7 % son hombres, lo que indica que aún no hay equidad en el ámbito laboral, las razones pueden ser muy variadas, pueden ir desde el rol que socialmente es asignado a las mujeres al ámbito domestico y

no al trabajo remunerado fuera de casa, que las mujeres están más en el sector informal, que existe una discriminación por género y la mujer es descartada por su condición de mujer y no por sus competencias laborales, si no más bien por una constante e histórica descalificación de las capacidades y habilidades de las mujeres para el desempeño laboral, puesto que el hecho de pensarse en ellas como madres y dependientes de sus parejas, así como el rol de la maternidad, son determinantes a la hora del acceso a la educación que para el caso de Guatemala, donde también los hombres tienen mayor acceso que las mujeres al sistema de educación formal, en este rubro sigue siendo el hombre quien tiene mayor acceso 21,0 % frente a 15,6 %, es evidente que existe poco acceso a la educación en general, no obstante dentro de éste limitado acceso, la brecha de género está marcada entre hombre también en el derecho a la educación.

El IDG, también muestra porcentajes relacionados a la Salud Reproductiva, la asistencia a, al menos una consulta prenatal, es de un 93 %, el porcentaje de los partos atendidos por personal sanitario especializados es de 51 %, la tasa total de fecundidad total es del 3,8 %, en cuanto al uso de anticonceptivos en el rango de la edad reproductiva 15 – 49 años es de 54,0 % y, un elemento que es importante es la tasa de fecundidad adolescente que representa 107,2 %.

Estos datos pueden resultar contradictorios si conocemos algunas de las políticas públicas de Guatemala, puesto que cuenta con una política pública de planificación familiar, a diferencia de El Salvador, el aborto no está penalizado totalmente, una ley de VIH y una serie de instrumentos desde el Estado que, de aplicarse, podrían ir cerrando las brechas de desigualdad entre hombres y mujeres.

Con esos resultados se hace necesario mirar la realidad con los lentes del género, puesto que, los hombres estén en el ámbito público, tengan más acceso a la educación, que la tasa de mortalidad materna sea del 296 por cada 1000 nacidos vivos, no es casualidad que la tasa de fecundidad adolescente sea del 107,2 % estos resultados solo demuestran, como la construcción social de género afecta a las mujeres al no permitirles el acceso a una vida digna, cuando se es violentada en sus derechos básicos, siendo que los índices de la salud reproductiva recaen sobre el cuerpo de las mujeres. Mientras la cultura, la religión y los mitos reafirman el papel subyugado de las mujeres a la hegemonía patriarcal, las leyes y políticas públicas se quedan en solo buenas intenciones.

El Salvador

El Salvador, con capital en San Salvador, se encuentra ubicado en América Central, posee una extensión territorial de 21.041 kilómetros cuadrados, según su división geopolítica, El Salvador establece sus límites al este y norte Honduras, y al oeste limita con Guatemala, al sureste con Nicaragua, y al sur, con el Océano Pacífico. Se divide en tres zonas: la occidental, la central y la oriental, en donde se delimita por catorce departamentos. Con una población de 6,071,774 habitantes. Se constituye como una República con un gobierno electo democráticamente, representativo y descentralizado, integrado por tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

Con una economía, basada en la agricultura, el turismo, y la exportación de recursos humanos hacia Estados Unidos y los países desarrollados. El Salvador ha sido uno de los países más afectados por la crisis económica. La desigualdad en la distribución de la riqueza y los abusos que en ese entonces eran ejercidos por los oligarcas con la ayuda de los organismos de represión estatal: como el ejército y la extinta Guardia Nacional, la guerra civil que se desencadenó durante doce años, marcó las bases de la actual sociedad, las violentas políticas y el estado de violencia que el país enfrenta actualmente.

Actualmente, El Salvador es uno de los cuatro países latinoamericanos que tiene penalizado totalmente el aborto, desde 1998 por vía penal y desde 1999 a través de la reforma constitucional. En los últimos años

se ha venido gestando momentos de avances a nivel de normativas jurídicas y políticas públicas, para el reconocimiento de los derechos de las mujeres, puesto que en dos años consecutivos se aprobaron dos leyes impulsadas por el movimiento de mujeres y el movimiento feminista, la primera fue la aprobación de la Ley Integral de Igualdad en el 2010 y la segunda es la aprobación de Ley Integral de Violencia, sumamente importante para la garantía y promoción de los derechos de las mujeres.

Nuevamente aparece el espejismo de la igualdad de derechos, reflejados en los instrumentos jurídicos importantes, pero que se está quedando en letra muerta al no ser accionados por la ciudadanía, ni ejecutados por el Estado, al igual que Guatemala, El Salvador está dentro de los IDH con un valor del 0,674, que lo ubica el lugar 105 dentro del rango de países en vía de desarrollo. Lo que sucede al revisar los indicadores que evidencian las brechas de desiguales en las relaciones de género entre hombres y mujeres, el valor del IDG es de 0,487, muy por debajo del indicador de desarrollo.

La contradicción entre los indicadores de desarrollo tiende a ser continua y permanente y aunque son realidades distintas entre ambos países, las bases que sustentan la desigualdades siguen siendo las mismas, en base a ellas podemos afirmar como un sistema ideológico que valora a unos por encima de otras, y subordina y oprime los derechos de estas, buscando mantener los privilegios masculinos.

Es así como las mujeres que ocupan los espacios laborales, no solo obtienen un bajo salario si no además, el acceso al mundo laboral cada día es más complejo, en el IDG, con respecto a la participación del hombre es del 76,7 % y el de las mujeres es de 45.9 %, poniéndose de manifiesto la brecha de desigualdad en el ámbito laboral, la participación política de las mujeres representa solo el 19 %, siguen siendo por tanto los hombres quienes ostentan el espacio público.

Sobre la libertad de decidir sobre los cuerpos y la garantía que los estados deben darle a sus habitantes a los cuales se deben, El Salvador presenta en cuanto a porcentajes de salud reproductiva, porcentajes altos; la tasa del uso de anticonceptivos por la población sexualmente activa entre las edades de 15 – 49 años es del 73 %, lo que quiere decir que más del 50 % de la población sexualmente activa está usando algún método de planificación, de las mujeres embarazadas el 94% ha asistido a, por lo menos una consulta de control prenatal, el 96% de los partos han sido atendidos por personal sanitario especializado. Del número de mujeres en edad fértil, solo el 2,2 % tienen un embarazo, sin embargo dentro de ese porcentaje, la tasa de fecundidad adolescentes es del 82,7 %, porcentaje muy elevado, que representa un reto para las instancias de salud, quienes deberán promover la Salud Sexual Reproductiva de forma efectiva, tomando en cuenta las relaciones de poder que existe en el ejercicio de la sexualidad y las reproducción.

Es importante que pongamos atención a los indicadores de desigualdad, puesto que estos reflejan el no avance en materia de los derechos de las mujeres, siendo que un desarrollo en el que no se incluya a las mujeres no es real, pues las creencia sobre lo que debe y no debe ser un hombre o una mujer, pase por encima de las propias elecciones sobre todo de las elecciones de las mujeres, el desarrollo de una parte de la humanidad o se debe sostener sobre el menoscabo de los derechos de las otras. Es importante la organización en la concientización y transformación de las relaciones de poder establecidas por el sistema patriarcal.

Honduras

En el “centro” de Centroamérica se ubica Honduras, siendo Tegucigalpa su capital, Honduras limita al norte con el Mar Caribe, al sur con el Océano Pacífico (Golfo de Fonseca) y la República de El Salvador, al este con Nicaragua y el Mar Caribe y al oeste con Guatemala y El Salvador.

El territorio está dividido en 3 zonas de acuerdo a la Cordillera Centroamericana entre las cordilleras Oriental, Occidental y Central, con una extensión territorial que alcanza los 112,492 kilómetros cuadrados y un promedio de 184 habitantes por kilómetro cuadrado, cuenta con 18 departamentos. El idioma de Honduras oficialmente es el español, sin embargo, también existe una multiplicidad de pueblos originarios y etnias destacándose los pueblos indígenas y garífunas de la Costa Atlántica.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) en el 2011 es de 0.625, alcanzando la posición 121 en la clasificación de los países en desarrollo, pero con un IDG de 0,511, que está por debajo del valor del índice de desarrollo, siendo el porcentaje de sus variables de análisis los siguientes; la tasa total de fecundidad (3 %), de las cuales el 67 % de los partos fueron atendidos por un personal sanitario especializado, el 92 % asistió a por lo menos una consulta de control prenatal, habría que analizar el tipo de servicios y el enfoque de género con que ese servicio se da, siendo que a pesar de que su tasa de uso de anticonceptivos entre las edades de 15 – 49 años es del 65% es uno de los países centroamericanos con ideas fundamentalistas tan arraigadas que están en estos momentos promoviendo la prohibición de la PAE (Píldora de Anticoncepción de Emergencia), cabe mencionar la efectividad de sus propuestas en la solución de sus problemáticas de salud, ya que si aprobasen la prohibición de la comercialización de la PAE, tendrían un serio problema de salud con la elevada tasa de fecundidad adolescente que en el 2011 fue de 93,1 %.

Nicaragua

Nicaragua, cuya capital es Managua, limita al norte con Honduras, al sur con Costa Rica, al este con el Mar Caribe y al oeste con el Océano Pacífico. Posee una superficie total de 5,666,301 kilómetros cuadrados, Nicaragua posee una división política administrativa compuesta por 15 departamentos.

El país se caracteriza también por poseer población multiétnica y pluricultural y población mestiza, siendo el 10 % de la población total pueblos o comunidades indígenas. Para el año 2011, el indicador de desarrollo es de 0,589, ubicándolo en el puesto 129 de IDH, una vez más, en este país centroamericano, el IDG 0,506 está por debajo del IDH, poniéndose en evidencia la desigualdad entre hombres y mujeres.

La inclusión en el ambiente laboral es de 47,1 % para las mujeres frente a 78,4 % de los hombres, lo que denota que, al igual que los tres países antes mencionados, éste no tiene políticas claras para alcanzar una equidad en el ámbito laboral que implique acciones que eleven las capacidades de las mujeres.

En cuanto la Salud Sexual y Reproductiva la tasa total de fecundidad es de 2,5 %, de ellas el 74 % del número de partos han sido atendidos por personal sanitario especializado y el 94 % de las mujeres embarazadas asistieron por lo menos a una consulta prenatal, debemos analizar el porqué si estos países tienen unas serias deficiencias en la atención de la SR, se plantean medidas desde el estado que no garantizan la solución a su problemas sanitarios, en Nicaragua pese al alto índice de embarazo en adolescentes y las morbilidades derivadas de los embarazos con riesgos se aprueba la anulación del artículo 165 del código Penal que permitía el aborto terapéutico, en los casos de riesgos de la salud y vida de la madre y por violación, condenando a 4 u 8 años de prisión a aquella mujer practique un aborto. Algunos grupos fundamentalistas muestran estadísticas donde el aborto ha disminuido, habría que hacer un análisis más crítico y no solo basarse en simples números.

Otro elemento de análisis es su tasa de fecundidad en la población adolescente, la cual asciende a 112,7 %, una tasa muy elevada frente a una pobre visión del enfoque integral de SSyR, en cuanto no deja de ser sesgada, cargada de mitos y prejuicios que soslayan los derechos de la mitad de la población.

Al hacer comparaciones entre los países y sus realidades sociopolíticas cargados de enormes retrocesos en materia de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, permeados por la manipulación de la derecha fundamentalista en una época de vulnerabilidad partidaria, se hace indignante como los y las representantes, que deberían defender la dignidad humana de quienes representan, puedan negociar con derechos que ni siquiera deberían estar nombrados, porque simplemente son nuestros.

5.2. CAMBIANDO LA SITUACIÓN: LO ACORDADO

El presente Convenio, de cuatro años de duración, pretendió abordar el fortalecimiento de los sistemas sanitarios públicos en las áreas de intervención poniendo más énfasis en los programas de Salud Sexual y Reproductiva; éste sería el Objetivo Específico. Así, se buscó dar respuesta a las graves carencias en el acceso a dichos programas que sufre buena parte de la población y que provocan unos indicadores de salud no siempre acordes con el nivel de desarrollo de la región, destacando la elevadísima tasa de mortalidad materna en muchas áreas.

La mejora de las condiciones de la Salud Sexual y Reproductiva y de la salud en general ha sido el objetivo general al que se esperaba contribuir. Para lograrlo se llevaron a cabo 9 acciones desarrolladas entre El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Honduras. Estas acciones fueron ejecutadas directamente o en estrecha colaboración con los sistemas públicos de salud y sus instancias descentralizadas, otras administraciones públicas con competencias en salud y ONG, éstas últimas particularmente en zonas de trabajo específico con determinados colectivos poblacionales o para el abordaje de temáticas más específicas que superan el ámbito sanitario, como es por ejemplo la violencia de género.

Los resultados esperados fueron diversos y se diseñaron en pos de un objetivo común de acuerdo a las especificidades de cada realidad y prioridades manifestadas por los respectivos actores durante la identificación. Incluyen capacitación, equipamientos e infraestructuras, participación comunitaria, etc. Por intervenir en el sistema sanitario público, el proyecto pudo potencialmente beneficiar indirectamente a toda la población de referencia en las áreas seleccionadas, sin embargo, en general benefició más directamente a las Mujeres en Edad Fértil y a los colectivos a los que directamente se dirigirán las acciones del Convenio como capacitaciones y otras.

El proyecto incluyó además una acción de sensibilización en España, con componentes a ejecutar los 3 primeros años y una acción regional, que integró la estructura de gestión y seguimiento en sede y en el terreno, las acciones comunes (identificación, auditoría, evaluación) y acometió con vocación de transversalidad actuaciones en los componentes de equidad de género y participación comunitaria.

| Acción | Ejecución | País |
|--------|---|-------------|
| 1 | Región occidental de El Salvador. SIBASI Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapan | El Salvador |
| 2 | Región oriental de El Salvador. SIBASI Usulután | El Salvador |
| 3 | 6 municipios de oriente de Sololá y 3 de Quetzaltenango | Guatemala |
| 4 | Comunidades de los municipios de Tela y Ceiba (Atlántida) y comunidades de Cortes (Cortés y Omoa) | Honduras |
| 5 | Municipios de Santa Rita y Morazán (Yoro) | Honduras |
| 6 | 4 municipios del Departamento de Matagalpa: Bocana de Paiwas, Mulukukú, La Dalia y Rancho Grande. | Nicaragua |
| 7 | Barrio de Acahulinca | Nicaragua |
| 10 | Departamento de Sololá | Guatemala |
| 11 | Boca Costa (Guineales) | Guatemala |

5.3. SOMOS MUCHAS Y MUCHOS: ¿QUIÉNES LO HICIMOS?

El Convenio 07/C01/66 se caracteriza por la participación de Socias Locales en la cogestión de sus acciones, las cuales han participado de diferente forma en función de la naturaleza de cada una de ellas, variando desde la coordinación y toma conjunta de decisiones con equipos locales de Medicus Mundi, hasta la ejecución directa de la acción.

Entre estas, nos encontramos esencialmente con estructuras locales de salud y ONG, de las cuales presentamos una breve descripción en este apartado.

| EL SALVADOR | |
|---|---|
| Denominación | Forma jurídica/Ámbito de actuación |
| Sistema básico de Salud Integral (SIBASI) de Ahuachapán | Ente descentralizado del MSPAS (Ministerio de Salud pública y Asistencia Social) Ámbito geográfico: Dpto. Ahuachapán |
| SIBASI de Sonsonate | Ente descentralizado del MSPAS Ámbito geográfico: Dpto. Sonsonate |
| SIBASI de Santa Ana | Ente descentralizado del MSPAS Ámbito geográfico: Dpto. Santa Ana |
| SIBASI de Usulután | Ente descentralizado del MSPAS Ámbito geográfico: Dpto. Usulután |
| Región Occidental de Salud | Dependencia del MSPAS Ámbito geográfico: Dptos. Ahuachapán, Sta. Ana y Sonsonate |
| Sistema básico de Salud Integral (SIBASI) de Ahuachapán | Ente descentralizado del MSPAS (Ministerio de Salud pública y Asistencia Social) Ámbito geográfico: Dpto. Ahuachapán |
| SIBASI de Sonsonate | Ente descentralizado del MSPAS Ámbito geográfico: Dpto. Sonsonate |

| GUATEMALA | |
|---|---|
| Denominación | Forma jurídica/Ámbito de actuación |
| Dirección de Área de Salud de Sololá | Autoridad departamental del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) Ámbito geográfico: Departamento de Sololá |
| Hospital Nacional de Sololá | Entidad dependiente del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) Ámbito geográfico: Departamento de Sololá |
| Municipalidad de Sololá | Alcaldía municipal. Municipio de Sololá |
| Centro de Salud No. 10 de Guineales, Boca Costa de Sololá | Entidad dependiente del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) Ámbito geográfico: Municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Boca Costa de Sololá. |
| Departamento de Maternidad, Hospital Nacional de Mazatenango Suchitepequez | Entidad dependiente del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) Ámbito geográfico: Incluye la Boca Costa de Sololá |
| Asociación Nuevos Horizontes | ONG Abordaje integral mujeres víctimas de la violencia |
| Asociación de Comadronas Vida de Sololá | ONG Salud materna, derechos sexuales y reproductivos. |
| Asociación comunitaria para el desarrollo Sololateco Xocomil (ACDES) | ONG Salud y participación comunitaria |

| HONDURAS | |
|--|---|
| Denominación | Forma jurídica/Ámbito de actuación |
| Enlace de Mujeres negras de Honduras (ENMUNEH) | Organización Civil sin ánimo de lucro Empoderamiento de comunidades garífunas desde un enfoque de género. VIH-SIDA |
| Casa Refugio Ixchel | Dependencia municipal (Municipio de La Ceiba, ente autónomo del Estado de Honduras) Violencia intrafamiliar, violencia basada en el género |
| Región departamental de Salud de Yoro N° 18 | Representación de la Secretaría de Salud de Honduras Ámbito geográfico: Departamento de Yoro |
| Municipalidad de Morazán ¹ | Alcaldía municipal. Municipio de Morazán |
| Municipalidad de Santa Rita | Alcaldía municipal. Municipio de Santa Rita |

| NICARAGUA | |
|--|---|
| Denominación | Forma jurídica/Ámbito de actuación |
| Asociación Promoción y Desarrollo de la Mujer Nicaragüense Acahual | Asociación civil, Atención primaria de salud y fortalecimiento comunitario Ámbito geográfico: Barrio Acahualinca. (Distrito II de Managua) |
| Organización para el Desarrollo Municipal (ODESAR) | ONG Desarrollo integral municipal |
| Sistema Local de Atención Integral en Salud - SILAIS Matagalpa | Ente descentralizado del Ministerio de Salud Ámbito geográfico: Departamento de Matagalpa |

Describimos aquí las principales ONG que han jugado el papel de Socias Locales:

ASOCIACIÓN NUEVOS HORIZONTES

La asociación Nuevos Horizontes, es una ONG fundada en Noviembre de 1990 que tiene como misión el contribuir a la reivindicación de los derechos humanos de la mujer, la niñez y la adolescencia, con acciones integrales y equidad de género.

Esta organización inicia como un hogar para niños y niñas huérfanos o problemas de abandono especialmente sobrevivientes de la guerra. Poco a poco se fue cambiando el concepto y a raíz de un diagnóstico realizado en el que se recogieron principalmente datos socioeconómicos, se empiezan a implementar programas para las mujeres de apoyo familiar. Fue cuando se detectó que la mayoría eran mujeres sobrevivientes de violencia. A partir de ahí empezaron a implementarse poco a poco diferentes programas de atención legal, psicológica y social.

Actualmente está conformada por una asamblea, la junta directiva, la dirección, las coordinaciones y un consejo técnico formado por las coordinaciones y la dirección. En Nuevos Horizontes se trabaja en base a 5 programas interrelacionados que son: centro integral de mujeres sobrevivientes de violencia, salud integral (salud comunitaria y SSyR), participación ciudadana e incidencia política, fortalecimiento institucional y administración.

ASOCIACIÓN DE COMADRONAS VIDA

La asociación VIDA fue creada en febrero del 2006 con el objetivo de brindar una atención inmediata en cuanto control prenatal, parto humanizado, post-parto y recién nacido a mujeres del departamento de Sololá, fomentando la cultura de salud preventiva para la contribución a la reducción de la mortalidad materna y neo-natal y la salud integral de las familias.

Sus principales objetivos son:

Contribuir a la disminución de muertes maternas y neonatales en el departamento de Sololá; por medio de la promoción y detección de factores de riesgo y señales de peligro en el embarazo, parto, post-parto y del recién nacido, a través de la coordinación y realización de jornadas de control prenatal y atención de parto limpio y humanizado y del recién nacido.

Asegurar la atención de calidad y calidez de forma personalizada en el control prenatal, del parto humanizado y del recién nacido en una casa materna, mediante el fortalecimiento de capacidades y desarrollo de comadronas a nivel del departamento de Sololá, con un monitoreo y evaluación continua del plan estratégico.

ASOCIACIÓN XOCOMIL

La Asociación “Xocomil”, surge en el año 2,000 por un grupo de hombres y mujeres profesionales y no profesionales mayas de diferentes lugares del departamento de Sololá, con una visión crítica y prepositiva de y hacia la realidad, pero sobre todo con la intención de favorecer un desarrollo con justicia social .Fomentar e impulsar procesos integrales de desarrollo con las comunidades rurales e indígenas, especialmente mayas, a fin de asegurar la equidad y la calidad de vida para incidir en la construcción de una sociedad más justa, equitativa e intercultural.

CASA REFUGIO IXCHEL

Es un albergue temporal, de adscripción municipal, sin fines de lucro y destinado a mujeres que se encuentran en riesgo personal por causa de la violencia de género. Casa Ixchel, nace con la lucha de la plataforma de la Unidad de la violencia contra las mujeres que se forma a raíz de ver la necesidad de unir esfuerzos en la lucha contra la violencia de género en el municipio de la Ceiba. Después de una serie de gestiones con la municipalidad para conseguir el terreno y con la AECID se inicia la construcción y en el 2007 entre en funcionamiento.

El principal objetivo de la casa es brindar albergue y protección temporal a mujeres víctimas de violencias de género, proporcionando una atención integral de calidad y calidez y contribuyendo para su reinserción social.

ENLACE DE MUJERES NEGRAS DE HONDURAS (ENMUNEH)

Es un organización que promueve el empoderamiento de las mujeres negras para la defensa de sus derechos culturales, económicos, sociales, políticos, sexuales y reproductivos; a través del desarrollo de procesos de formación integral, promoción de espacios participativos e incidencia, en los departamentos de Atlántida y Cortes.

Su principal objetivo es investigar, difundir, proveer asesoría, orientada a la mujer haciendo énfasis en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA, Derechos humanos, Identidad cultural y autoestima, desarrollando acciones que contribuyan al mejoramiento de la condición social económica y cultural de las mujeres de Honduras.

Durante los últimos tres años Enlace de Mujeres Negras ha orientado su que hacer en torno a la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en el marco de los derechos humanos, violencia en busca del empoderamiento de las mujeres.

Sus principales acciones son:

- Demanda de atención integral y gestión de medicamentos para personas conviviendo con VIH.
- Sensibilización al personal de salud para reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas conviviendo con el virus.
- Organización a mujeres garífunas conviviendo con el VIH para que aprendan a convivir con el virus y protagonicen sus demandas frente al estado.
- Formación de líderes y creación de comité de derechos humanos de las mujeres en las comunidades.
- Acompañamiento y asesoría legal a las mujeres víctimas de violencia o con demandas relacionadas con derechos de familia.
- Promoción de un enfoque de salud ambiental desde una comprensión de la salud que articula la relación de las personas consigo mismas, con otras personas y con el ambiente. Desde este enfoque de manera reciente trabajan en la construcción de sanitarios, capacitación, reforestación, prevención del VIH y de la violencia.
- Promoción de los derechos humanos de las mujeres jóvenes, a través de acciones de sensibilización y capacitación, así como, de la formación de comités de vigilancia integrado por mujeres.
- Participación en el proceso de reactivación de la Red de Mujeres afro latinoamericanas, caribeñas y de la diáspora.

ASOCIACIÓN PROMOCIÓN Y DESARROLLO DE LA MUJER NICARAGUENSE ACAHUAL

Organización que nace en diciembre de 1996 y tiene como objetivos; impulsar a las mujeres del barrio de Acahualinca en el fortalecimiento y desarrollo de su su conocimiento sobre la salud integral y sus derechos sexuales y reproductivos; ayudar a su núcleo familiar a través de programas de salud integral, impulsar a las mujeres a luchar contra la violencia mediante estrategias de educación y capacitación.

Esta organización cuenta con un Centro de Salud integral donde se realiza consulta general, ginecología, laboratorio clínico, control del embarazo, educación en Salud Sexual y Reproductiva, consejería jurídica y acompañamiento legal y psicológico a víctimas de violencia.

ORGANIZACIÓN PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL PARA EL ÁREA URBANA Y RURAL ODESAR

Esta organización de Matagalpa nace en 1990 y tiene como misión desarrollar sus esfuerzos en función de despertar la conciencia individual y colectiva de las mujeres y hombres más desfavorecidos/as y en condiciones de pobreza, para transformar la correlación de fuerzas o construir poder desde lo local, teniendo como ejes transversales el enfoque de género, la participación política popular y la agricultura sostenible.

El propósito de la organización es contribuir al desarrollo Municipal con programas que atiendan grupos más empobrecidos e históricamente marginados dando prioridad al trabajo con mujeres.

5.4. QUIEN HACE QUÉ: ASÍ NOS HEMOS ORGANIZADO

Para todo el desarrollo de la acción se constituyó un gran entramado organizativo que contó con dos niveles estratégicos:

Un nivel de decisión conformado por el Consejo Ejecutivo de la Federación de Medicus Mundi en España, el Consejo de Asociaciones y la Unidad de Gestión en Zaragoza. Esta dimensión de la UG en España asumió la articulación de los esfuerzos de monitoreo y toma de decisiones entre las Socias Locales y las Asociaciones de Medicus Mundi involucradas en cada una de las acciones; al mismo tiempo que, en el caso de que las que diferentes Asociaciones de Medicus Mundi tuvieran agendas de trabajo interactivas o de necesaria interacción, se asumió un rol de facilitador y de puente entre las acciones involucradas, especialmente en la interlocución ante agentes externos a la gestión directa del Convenio (Oficinas técnicas de Cooperación de AECID, nivel central de Ministerios de Salud especialmente) y resolución de conflictos cuando se dieron contradicciones entre agendas de incidencia o estrategias de trabajo.

Un segundo nivel más operativo que contó con la Unidad de Gestión en El Salvador, las oficinas técnicas de las Asociaciones de Medicus Mundi en cada uno de los países (en El Salvador, MM Aragón y Andalucía; en Guatemala, MM Bizkaia, Aragón y Navarra; en Honduras MM Asturias, Bizcaia y Madrid y; en Nicaragua MM Navarra y Asturias); las y los coordinadores de país, recurso puesto por alguna de las Asociaciones en Guatemala, Honduras y El Salvador y por una de las Socias Locales en Nicaragua, y finalmente por los equipos locales en cada una de las acciones planteadas.

El enlace entre los dos niveles de gestión se viabilizó especialmente por tres mecanismos: la continua comunicación entre las dos dimensiones de la Unidad de Gestión (lo que posibilita su entidad única), los encuentros de trabajo entre la UG y las Asociaciones en reuniones centrales de planificación y en los espacios de encuentro que el propio Convenio facilitó para la unificación de estrategias conjuntas entre Asociaciones, UG y espacios locales, destacando en este último mecanismo, el desarrollo anual de un Encuentro Regional.

En el caso de la **acción 1** este equipo estuvo formado por un coordinador, dos técnicos/as de salud, uno para Ahuachapán y Santa Ana y otra para Sonsonate, una promotora ambiental, que actuaba puntualmente también como apoyo logístico de la Unidad de Gestión en El Salvador y un técnico de participación ciudadana, inicialmente compartido entre las dos acciones del Convenio en El Salvador, pero que con posterioridad se decide contar con una persona para este componente en cada una de las acciones (2011).

En el caso de la **acción 2** se contó con un coordinador, una técnica de salud y, como en el caso anterior un técnico en participación ciudadana que compartieron ambas acciones hasta que se decide contar con una persona en concreto en cada una de ellas.

De igual manera ambas acciones contaron con una única administradora y un contable durante todo el proceso de ejecución.

En el caso de la acción 3, se contó en cada una de las Social Locales encargadas de su ejecución con un equipo conformado por: Nuevos Horizontes; una coordinadora, una facilitadora, una trabajadora social, una contadora, una técnica en salud y una asesora médica; Asociación de Comadronas VIDA por una coordinadora , una administradora y cinco agentes comunitarias; Xocomil, por un coordinador, una administradora y cuatro facilitadores/as comunitarios/as.

En el caso de la acción 4, también los equipos se distribuyeron por las Socias Locales involucradas en ella. En el caso de ENMUNEH, una coordinadora, un administrador y tres facilitadores/as de campo para cada una de las zonas (dos mujeres y un hombre). En casa Ixchel, la composición era similar en cuanto había una coordinadora, una administradora y 2 facilitadoras.

En el caso de la acción 5, hubo enormes modificaciones, pasando en una primera fase con un equipo amplio distribuido en dos sedes (una en Yoro y otra en Progreso), en un principio se contó con una única coordinación, cuatro técnicos/as y una administradora; a partir de 2009, se decide dividir la coordinación en dos personas, una para la sede en Yoro y otra para la sede en Progreso; mantenido el número de personal técnico y administrativo originalmente planteado (dado que una de las técnicas asume una de las coordinaciones), finalmente tras la reorientación completa de la acción tras los acontecimiento acaecidos en 2009 y 2010, la reducción operativa planteada originalmente fue acompañada de la decisión de convertir el conjunto del operativo en una ejecución directa responsabilidad de una persona expatriada quien asume tanto los compromisos técnicos como administrativos ligados a la ejecución final de la acción.

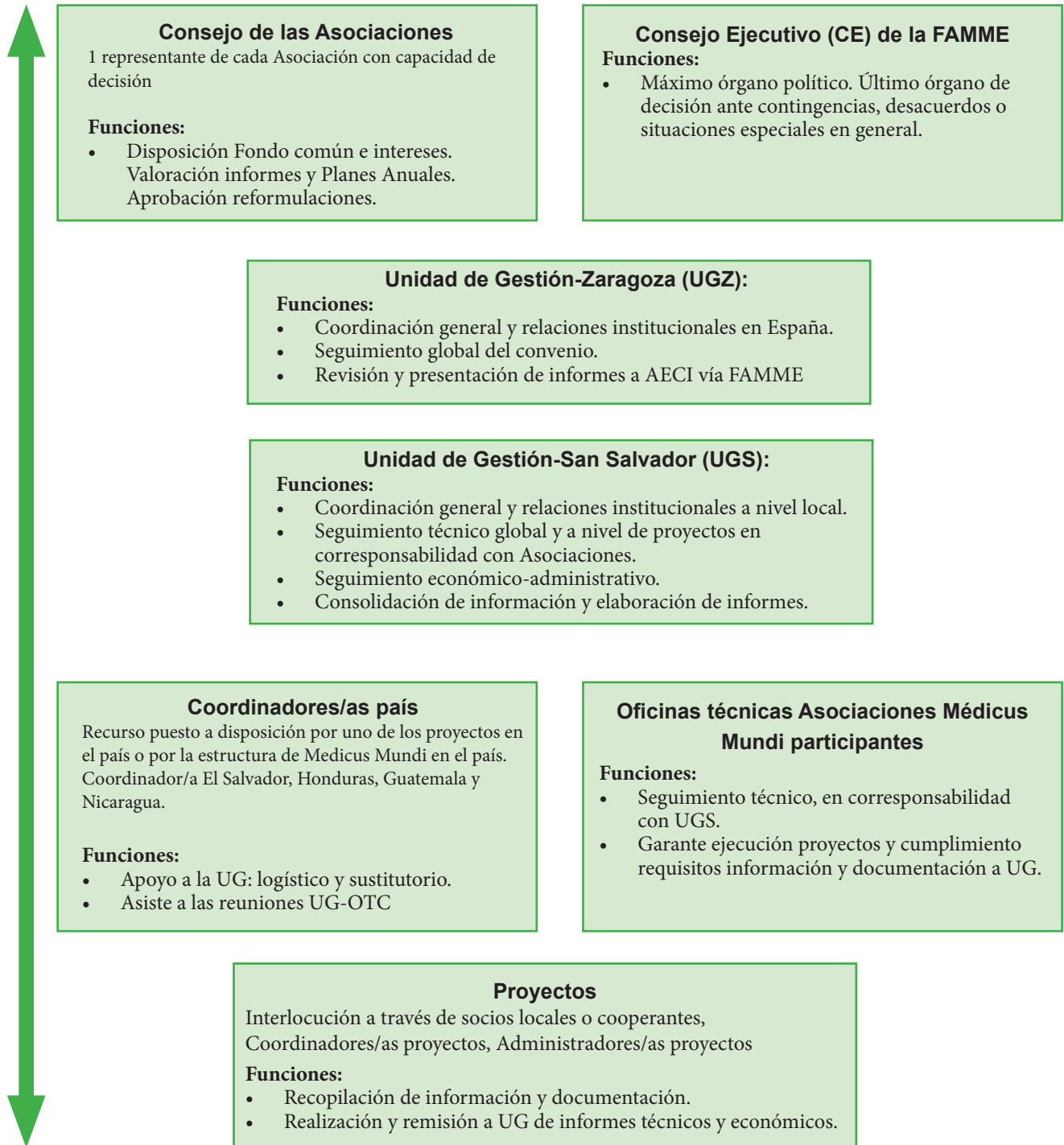
En el caso de la acción 6, se contó con una administradora, contratada desde ODESAR y con la contratación de personal de salud para los sectores aperturados, todos ellos contratados por el SILAIS. Paralelamente el SILASI Matagalpa define una persona responsable directa del desarrollo de la acción, asumida como contraparte de esta instancia de salud para con el Convenio.

En el caso de la acción 7, el equipo fue formado por una coordinadora que además ejerció como coordinadora país y, al mismo tiempo que se garantizó el funcionamiento de Acahual mediante la contratación de una administradora, una psicóloga, una abogada, una médica, dos facilitadoras comunitarias, una responsable institucional y una archivadora; con posterioridad este apoyo es reducido en una de las facilitadoras y en la responsable institucional .

En el caso de la acción 10, se contó con una coordinadora, una técnica, dos facilitadoras/es técnicas /os y la administradora

En el caso de la acción 11, el equipo estuvo conformado por un coordinador, un administrador, un ingeniero de sistemas, un contador, dos guardianes de la salud, una facilitadora operativa del Modelo, dos asistentes de información, dos enfermeras, tres auxiliares de enfermería y cuatro agentes de salud comunitarias, este personal es en parte contratado por el Convenio y en parte asumido por honorarios.

Con el fin de tener una visión más clara de la estructura general establecida para el Convenio se muestra a continuación su organigrama:



5.5. LAS HISTORIAS DE LA HISTORIA

Las diferentes organizaciones de Medicus Mundi aglutinadas en la Federación, tienen una larga experiencia de trabajo en los cuatro países de la región, experiencia que en muchos casos se remonta al año 1995. Aunque, como Medicus Mundi ya se habían tenido previamente algunas experiencias de trabajo coordinado entre algunas de las Asociaciones que conforman la Federación, es la primera vez que tantas Asociaciones se unen para hacer algo en común. En este sentido destacamos el esfuerzo organizativo que Medicus Mundi asume en Bolivia (con una sede común para el conjunto de las Asociaciones), o los proyectos desarrollados conjuntamente entre Asociaciones en República Dominicana o en el continente africano.

Se involucran así en esta experiencia un total de 6 Asociaciones; MM Aragón, MM Bizcaia; MM Navarra; MM Asturias; MM Madrid y MM Andalucía, cada una de ellas con un bagaje, unas capacidades y unos mecanismos de intervención diferentes de acuerdo a su propia biografía de trabajo en cada país. Este esfuerzo de coordinación entre las Asociaciones es viabilizado desde la estructura organizativa de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España (FAMME).

El proceso de identificación fue impulsado principalmente desde Médicos Mundi Aragón, Asociación que desde el inicio asume, por acuerdo la FAMME, la cabeza del esfuerzo organizativo ligado al Convenio, en un rol que en la práctica conlleva la conformación de la Unidad de Gestión que asumirá altos niveles de empoderamiento en la gestión cotidiana de la intervención; es así como se vislumbra en la propuesta un claro enfoque de fortalecimiento directo a los sistemas públicos de salud de cada uno de los países, ya que ésta ha sido la trayectoria que esta Asociación ha llevado en sus intervenciones, en contraposición de otras experiencias de trabajo, cuyo accionar, en raras ocasiones pasaban por el sistema público o, en caso de que así fuera, se trabajaba en coordinaciones puntuales.

A pesar de estas diferencias en los enfoques de trabajo, todas ellas confluyeron en un mismo punto, la necesidad de mejorar los indicadores tan negativos de salud puestos de manifiesto en la descripción del contexto que atraviesa la región, especialmente en lo que se refería a Salud Sexual y Reproductiva, equidad de género y cobertura de los sistemas públicos de salud, con el fin de garantizar a la población más vulnerada y en especial a las mujeres, el acceso a un derecho que ha sido violado sistemáticamente a lo largo de la historia vivida en la región.

Bajo estos parámetros se inicia el proceso de identificación, inicialmente previsto para El Salvador y Guatemala, siendo Honduras y Nicaragua invitados posteriormente a participar. En el caso de este último, dicha invitación es realizada por la propia Agencia Española de Cooperación y, a pesar de que Medicus Mundi no cuenta con ninguna estructura consolidada en el país, lo cual dificultaba algunos elementos derivados de la gestión del Convenio, ésta es aceptada por las Asociaciones involucradas.

Se embarcan así en la formulación del presente Convenio, para lo que se utilizaron diferentes vías, en algunos países como Guatemala se contó con un trabajo externo de consultoría, mientras que en otros como El Salvador y Honduras fueron los equipos locales de cada una de las Asociaciones de Medicus Mundi quienes asumieron el proceso.

Se plasma de esta manera en la propia formulación el trabajo histórico que cada una de las Asociaciones tiene con las Socias Locales de referencia por un lado y con los Ministerios de Salud con los que ya se tenía un trabajo previo por otro, desde este punto, se construye un enorme rompecabezas sin que en el terreno se den procesos de construcción conjunta de la propuesta, siendo nuevamente Medicus Mundi Aragón quien realiza un esfuerzo por consolidar la identificación en un único Convenio lo más uniforme posible.

Es así como nacen las 11 acciones definidas en el Convenio y cuya historia se presenta a continuación.

ACCIÓN 1 Y 2: EL SALVADOR²

Ambas acciones resultaron de un mismo proceso de identificación, en el que participaron tanto el personal de Medicus Mundi en El Salvador como instancias del Ministerio de Salud salvadoreño, culminando con que ambas acciones contengan las mismas lógicas operativas (los mismos resultados y principales actividades), alrededor de 4 componentes priorizados; Mejora de infraestructura; Fortalecimiento de las capacidades de trabajadoras y trabajadores de la salud; Mejora del saneamiento básico; Promoción de la participación ciudadana.

Asumen de esta forma la ejecución de acuerdo a la biografía geográfica de trabajo de ambas Asociaciones de Medicus Mundi, es decir Andalucía privilegiando la zona de trabajo del Departamento de Usulután y la Asociación Medicus Mundi Aragón los tres Departamentos de la región occidental.

Esta continuidad de la zona de trabajo permitió partir con altos niveles de inmersión comunitaria, así como de mecanismos de coordinación aceptados tanto en los niveles locales, como centrales del Ministerio de salud, trabajando así en la región de occidente con un total de 51 Unidades de Salud que forman parte de los Sistemas Básicos de Salud Integral de los Municipios de Ahuachapán, Sonsonate y Santa Ana, con las oficinas de estos 3 SIBASIS, con la Dirección Regional de Occidente; mientras que en Oriente se trabajó con 6 Unidades de Salud que forman parte del SIBASI de Usulután y con la Dirección Regional de Oriente; finalmente ambas acciones han confluído en su relación a nivel central del Ministerio, específicamente con las gerencias de adolescencia y mujer, las instancias reguladoras y de articulación de redes de servicios, la unidad de Promoción de la salud y los viceministerios de salud.

En un marco general, ambas acciones no sufrieron cambios sustanciales en su propuesta original, si bien, las dos iniciativas asumieron, a partir de la victoria del Frente Farabundo Martín de Liberación Nacional en las elecciones celebradas en el país en 2009, dos grandes retos derivados de este cambio histórico; por una parte se tuvo que lidiar con la realidad de cambios de autoridades, prácticamente a todo nivel de gerencia y rectoría, que en la práctica obligó a un reinicio en los procesos de gestión que ambas acciones propusieron para las decisiones cotidianas de su accionar. El otro reto fue el de adaptación de la propuesta operativa a los principios y estrategias que el nuevo gobierno impulsó a partir de la decisión estatal de poner en marcha una Reforma del sistema de salud; este proceso de adaptación fue especialmente importante en dos grandes componentes que le son comunes a las acciones 1 y 2: el puro fortalecimiento de sistemas públicos de referencia y el desarrollo de proceso de participación social ligados a dichos servicios de salud.

En el primer caso implicó la reorientación de procesos formativos destinados a personal de salud, con la organización de cursos con contenidos de SSyR, pero bajo los parámetros de La Reforma y con enfoque género; este curso permitió establecer una alianza previamente inexistente entre Medicus Mundi, la Universidad Nacional y el Ministerio de Salud. Paralelamente, siempre considerando el componente de fortalecimiento puro y duro de la red de servicios de salud, se adaptaron las actividades de infraestructuras y equipamientos al fortalecimiento de los ECOS Familiares, estructura esencial de La Reforma planteada por el gobierno salvadoreño.

Por otra parte el transcurrir de las actividades encaminadas a promover incidencia social ha sufrido a lo largo del Convenio de la ambigüedad con que La Reforma de Salud está estableciendo los mecanismos encaminados a concretar la participación social en el ámbito de la salud. Cabe destacar que estos retos fueron acompañados en una fluida coordinación con la OTC/AECID El Salvador.

² Se describen ambas acciones en conjunto debido a la afinidad que han tenido en relación a los resultados, actividades y procesos realizados

Más concretamente, los principales elementos a destacar en el trabajo cotidiano de ambas acciones han estado enmarcados en los componentes especificados con anterioridad. Es así como, para avanzar en el primer componente definido de la acción, mejora de infraestructura, se planificó, en conjunto con las Regionales del Ministerio de Salud en Occidente y Oriente, hacer un solo proceso de selección y compra para los diferentes equipamientos (biomédico, informático y de mobiliario), manteniendo reuniones bilaterales con los diferentes SIBASIS, una vez se tuvieron claras las necesidades, se inició el proceso de compra, entregándose en el almacén regional para su registro como bien nacional y distribuyéndose posteriormente a las Unidades de Salud correspondientes.

Este proceso de construcción y rehabilitación de infraestructuras y compra y provisión de los equipamientos fue desarrollado a través del denominado “Comité de Compras” (espacio de coordinación creado en casi todas las acciones del Convenio), el cual estuvo conformado por personas de los diferentes SIBASIS, la Dirección Regional de Salud y Medicus Mundi.

De esta manera se dotó con equipamiento a infraestructuras ya existentes e infraestructuras nuevas provistas por el propio Convenio, contando en Occidente con un total de 51 Unidades de Salud (20 en Sonsonate, 20 en Santa Ana y 11 en Ahuachapán); de igual forma se equiparon las oficinas del SIBASI Ahuachapán y Sonsonate; el Hogar de Espera Materna de Atiquizaya; un Centro de Atención Integral a la Salud del Adolescente (CAISA); 3 Centros de Capacitación Multidisciplinar de los SIBASIS de Ahuachapán y Sonsonate y la Región de Salud de Occidente y 2 de los nuevos ECOS Familiares, surgidos con La Reforma de salud, de Santa Rosa Guachipilín y Guaimango³. En Oriente se equipó un total de 6 Unidades de Salud; un Centro de Atención Integral a la Salud del Adolescente (CAISA) y un ECOS Familiar

Es importante destacar el montaje de 5 salas de cómputo a nivel periférico en Occidente (Red de Metapán y Candelaria de la Frontera en el SIBASI de Santa Ana, Izalco y Sonzacate en el SIBASI de Sonsonate y, Cara Sucia en el SIBASI de Ahuachapán), 6 en Oriente y una a nivel regional, con el objetivo de apoyar el trabajo informativo, epidemiológico y de referencia de las Unidades de Salud.

Para la puesta en marcha del componente de fortalecimiento de las capacidades de trabajadoras y trabajadores de la salud y de las comunidades; se han desarrollado diferentes procesos formativos, pudiendo diferenciar a lo largo de la ejecución dos momentos diferentes.

El primer momento y respondiendo a que el Ministerio de Salud, bajo el anterior gobierno, acababa de lanzar el enfoque de salud familiar se llevó a cabo en coordinación con la Fundación de Waal y la Universidad de El Salvador, se desarrolló el proceso denominado “Diplomado en Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en emergencias obstétricas y en salud familiar” dirigido a médicos/s y enfermeras/os y puesto en marcha bajo dos formatos diferentes, Curso Diplomado y Curso Especializado. Ambos constaron de 6 contenidos principales: el enfoque del modelo de salud familiar, empoderamiento juvenil, requerimientos nutricionales en la madre y el feto, pre-concepcional, puerperio y anticoncepción y énfasis en emergencias obstétricas.

También durante este primer momento se capacitaron a promotoras y promotores de salud en “Salud familiar y atención de embarazo, parto y puerperio”.

Sin embargo, aproximadamente en la mitad del periodo de ejecución, se produce una ruptura de relaciones con la Fundación, este hecho unido al proceso de Reforma impulsado por el Ministerio, hace que se planee y planifique una nueva estrategia formativa. Para ello, se constituyó una mesa tripartita donde participaban los equipos técnicos de ambas acciones en coordinación con la Universidad Nacional de El Salvador a

³ Ver cuadro general de dotación de infraestructuras y equipamientos en el punto 6.6.2. Acciones de dotación de infraestructuras y equipamientos de salud

través de su Maestría en Servicios Integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Medicina; la contratación de una consultora particular y representantes del Ministerio de Salud; concretamente con la referente de formación de recurso humano del Ministerio.

Este diseño fue un proceso muy largo que dio sus frutos a partir de mayo de 2011 con la ejecución del “Diplomado en Salud Sexual y Reproductiva”. En él participó personal de las diferentes representantes de los ECOS Familiares, Unidades de Salud y Equipos Especializados en Occidente y los equipos completos de los ECOS Familiares en Oriente, desarrollándose los viernes y sábados a lo largo de dos meses y medio. Se desarrollaron un total de 6 módulos con las siguientes temáticas: Promoción de la Salud, Determinantes Sociales para la Salud, Construcción de Saberes y los tres últimos módulos sobre Sexualidad, Género y Violencia.

Se han desarrollado además, siempre en colaboración con el personal de salud, numerosos procesos formativos dirigidos a mujeres y jóvenes, para lo que se desarrolló un trabajo previo de talleres donde se discutieron, socializaron y aprobaron los contenidos de las futuras capacitaciones. Estos talleres fueron liderados por el personal técnico de la región y participaron educadores y educadoras responsables de áreas de mujeres y jóvenes, coordinadores y coordinadoras de SIBASI y responsables de áreas de Saneamiento de los SIBASI.

En Oriente además con los grupos de jóvenes se han desarrollado actividades de intercambio y de encuentros juveniles y se han puesto en marcha exposiciones itinerantes sobre promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en las escuelas.

Para las formaciones desarrolladas con mujeres se elaboró el manual de trabajo para la formación de mujeres en SSR, cuyo diseño fue coordinado entre el equipo de trabajo de MM y el SIBASI. Se trata de una compilación de material educativo que existía en el MSPAS así como, de contenidos elaborados por organizaciones de la sociedad civil con afinidades en el enfoque de derechos.

Otro elemento a destacar dentro del componente de formación es que, con el fin de poner en marcha y dar un buen uso a las salas de cómputo establecidas, se desarrolló un proceso de capacitación con 10 días de estudio teórico y 10 práctico a personal específico en el diseño, la instalación y la administración de las salas informáticas, cubriendo un promedio de 3 personas por cada una de las 5 salas informáticas locales y 3 de la sede regional. Igualmente se desarrolló un curso de computación dirigido a promotoras y promotores de salud con el fin de mejorar el registro de datos.

El tercer componente de la acción estuvo orientado a la mejora del saneamiento básico; poniéndose en marcha la construcción de infraestructuras como letrinas aboneras secas, biofiltros con trampa de grasa para tratamiento de aguas grises; celdas de seguridad intermedia para desecho bioinfecciosos de las Unidades de Salud y diferentes capacitaciones en materia de saneamiento básico a personas y estructuras comunitarias.

Finalmente, un último componente trabajado durante esta acción son las actividades destinadas a la promoción de la participación ciudadana; el cual, como ya se ha especificado anteriormente ha estado teñido por la ambigüedad con que La Reforma de salud está estableciendo los mecanismos encaminados a concretar la participación social en el ámbito de la salud. Sin embargo podemos destacar los intentos para consolidar las Mesas de Salud (espacios donde confluyen grupos e instituciones tanto gubernamentales como ONG); el trabajo organizativo y formativo dirigido hacia los Comités de Salud, trabajándose con ellos temáticas como: organización y desarrollo comunitario, marco legal y funciones, plan de acción, vigilancia epidemiológica, talleres de salud mental; desarrollando diagnósticos de salud y conformando Comités de seguimiento para presentárselo al SIBASI; realización de foros regionales de consulta los cuales se inscriben

en un proceso más amplio dentro del Foro Nacional de Salud; realización de diversos foros de sensibilización sobre la importancia de la corresponsabilidad comunitaria y el derecho humano a la salud; se han dedicado esfuerzos también en la conformación y fortalecimiento de mesas sectoriales y; se han sentado las bases para establecer un Sistema de Monitoreo a la calidad de atención de los servicios de SSyR.

ACCIÓN 3: GUATEMALA

La acción 3 se ha ejecutado en 6 municipios del departamento de Sololá y 3 de Quetzaltenango a través de sus socias locales, papel que han jugado 3 organizaciones con trabajo en estos territorios. En Sololá se ha trabajado con la Asociación de Comadronas VIDA, con la Asociación comunitaria para el desarrollo Sololateco Xocomil y en Quetzaltenango con la Asociación Nuevos Horizontes en Quetzaltenango⁴.

Cada una de estas organizaciones, con sus características y especificidades han desarrollado procesos y actividades relacionadas con la información, sensibilización, comunicación y promoción de la SSyR, con énfasis en la salud materna, violencia y derechos sexuales y reproductivos, teniendo como ejes transversales la pertinencia cultural, el género y la participación familiar. En el caso de Nuevos Horizontes se privilegia el abordaje de la violencia de género, en un esfuerzo que con posterioridad ayudará, junto con otros realizados desde la Asociación Acahual en Nicaragua, la acción 4 y la acción 10 en Guatemala, a influenciar en la necesidad de contemplar este fenómeno de la construcción machista de la sociedad como un componente asumible desde la transversalidad estratégica del Convenio.

Esta acción, tuvo en la práctica de su seguimiento la naturaleza operativa de tres acciones individualizadas, a pesar de los esfuerzos de integración de componentes comunes como el trabajo con Comités de Emergencia.

Tanto la Asociación Vida, como Xocomil se vieron envueltas en un proceso de coordinación facilitado por Medicus Mundi y propuesta por la OTC/AECID Guatemala, con las estrategias de trabajo que en el 2009 puso en marcha CESAL en el marco de su Convenio regional; se trató de un esfuerzo encaminado a evitar duplicidades en actividades de fortalecimiento de Comités de Emergencia en municipios comunes y que culminó con la distribución de espacios y actividades de apoyo entre ambas financiaciones AECID.

Esta acción inicia en el 2008 con un proceso de diagnóstico participativo (ASIS) en SSyR desarrollado en los diferentes municipios de intervención del Convenio. En el caso de VIDA y Xocomil se contrató a un consultor externo, el cual hizo el diseño del mismo y acompañó el proceso del mismo para ser implementado por los diferentes equipos. En el caso de la Asociación Nuevos Horizontes el diagnóstico fue desarrollado directamente por el equipo de la organización.

En todos los casos hubo un proceso de facilitación o inducción previa donde se diseñaron los diferentes instrumentos a implementar.

Estos diagnósticos, a parte de evidenciar y visibilizar la realidad de las comunidades, con sus problemáticas, necesidades y recursos en materia de SSyR, sirvieron para sensibilizar y empoderar al personal en el trabajo de campo.

En el caso de Nuevos Horizontes en Quetzaltenango sirvió para visualizar que no había ningún tipo de registros en el Centro de Salud en el tema de violencia contra la mujer, evidenciando que la violencia no era vista como un problema de salud. Además sirvió como punto de partida para trabajar las temáticas de capacitación.

⁴ De aquí en adelante Asociación VIDA, Xocomil y Nuevos Horizontes

Después del diagnóstico hubo un periodo de socialización del mismo mediante asambleas comunitarias: en las dos asociaciones de Sololá se socializó a los grupos focales que habían participado, a la comisión de la mujer, comisión de la salud, jóvenes, líderes y lideresas, COMUDES, alcaldes y personal del Ministerio de Salud, de tal forma que todas y todos pudieran conocer la realidad de cada municipio para la posterior toma de decisiones al respecto de los resultados obtenidos. En Nuevos Horizontes se socializó también en el Centro de Salud.

Es a partir de estos diagnósticos cuando se priorizan los temas a trabajar, se diseña una currícula para el trabajo formativo de las comunidades en función de sus necesidades y se planifican las actividades. Esta planificación fue realizada por separado por cada organización. En VIDA se decide trabajar con grupos de mujeres, comadronas y Comités de Emergencia. En Xocomil, a parte de los comités, trabajaron con las comisiones de salud vinculadas a los COCODES, estudiantes y comisiones de salud de los COMUDES. En Nuevos Horizontes se planificó un proceso de capacitación sobre SSyR con maestros y maestras y estudiantes, líderes y lideresas y también con el personal de salud.

Antes de iniciar con el proceso formativo comunitario se desarrolló una formación interna del personal sobre algunas temáticas relacionadas con el Convenio y metodologías de capacitación.

Las temáticas desarrolladas en las comunidades estuvieron todas relacionadas con la SSyR entre las cuales se encuentran: Salud Sexual y Reproductiva, sexo-género, sexualidad, ITS, VIH, anatomía humana, violencia, autoestima y embarazos no deseados; en Xocomil además se capacitó para el plan de emergencia comunitaria para la reducción de la muerte materna con los COCODES.

En la Asociación VIDA se desarrolló y validó por parte de las autoridades departamentales de salud la currícula de formación con pertinencia cultural de las comadronas, el cual se hizo para comadronas nuevas. Uno de los objetivos era lograr la acreditación de las comadronas por parte del Ministerio de Salud y otro contribuir a mejorar las competencias de las mismas. Los temas se decidieron entre todas las comadronas como socias, que fueron las que plantearon estas necesidades.

Por parte de Xocomil se inicia un proceso formativo con los líderes y lideresas comunitarios para trabajar planes de emergencia. Los Comités de Emergencia apoyados por las municipalidades se forman y organizan para apoyar a la reducción de la mortalidad materna. Después de un proceso lento, finalmente se logró la vinculación de éstos Comités con el Ministerio de Salud.

Fue con estos Comités de Emergencia con los cuales se trabajó las 5 fases del plan de emergencia y las demoras. Xocomil, a través de los Comités de Emergencia empieza a hacer visitas a las familias de las mujeres embarazadas. Desde VIDA también se trabaja con Comités de Emergencia con los que se elaboraron los respectivos planes.

Fue muy importante la identificación por parte del Ministerio con carnets para los comités y las comadronas, los y las cuales eran las personas encargadas de acompañar a las pacientes al hospital en caso de emergencia, debido a que en muchas ocasiones no las dejaban entrar.

Para todas las referencias al Hospital y a los Centros de Salud se capacitó también a las Comisiones de Salud y Comités de Emergencia acerca de las boletas de referencia del Ministerio.

Después de todo el proceso formativo, por parte de las Comisiones de Salud de las comunidades donde trabajó Xocomil se realizó el monitoreo de las muertes maternas y se inician las consejerías sobre planificación familiar y DSSyR.

En el caso de Nuevos Horizontes, una vez inicia el proceso formativo se diseña también la boleta de registro y la boleta de referencia y contra referencia para casos de violencia contra la mujer, las cuales fueron validadas por el equipo técnico de MM y la Unidad de Gestión. Es el equipo de Nuevos Horizontes el que fue monitoreando la boleta para llevar el control.

Se elaboró también un pequeño protocolo para los servicios de salud, el cual pudiera servir de herramienta para saber qué hacer en la atención a las mujeres que enfrentan cualquier tipo de violencia. Este protocolo, elaborado por el equipo y las compañeras de las áreas fue presentado y validado en los Centros de Salud. A partir de ahí se entregó y se firmó un convenio con el jefe de área para que lo fueran implementando.

A raíz del diagnóstico se evidenció también la necesidad de sensibilizar y formar al personal de salud con los cuales, en coordinación con el programa de SSyR del propio Ministerio, se implementaron una serie de talleres. Fue también con ésta área con la cual se coordinaron diferentes campañas y otras actividades. Muchas de estas campañas fueron realizadas en fechas conmemorativas como el 8 de marzo (Día Internacional de la Mujer), el 28 de mayo (Día Internacional de la Salud de la Mujer), el 25 de noviembre (Día Internacional de la Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres) y el 1 de diciembre (Día Mundial de la Lucha contra el SIDA).

Destacar también todo el trabajo realizado con las y los jóvenes a través de los centros escolares, con los cuales a parte de las capacitaciones, se realizaron foros sobre Salud Sexual y Reproductiva y un concurso de murales sobre violencia y SSyR, coordinado por las escuelas, la Dirección de Áreas de Salud (DAS) y Nuevos Horizontes.

Estas campañas se enmarcan dentro de la planificación de las actividades de IEC, donde a parte de éstas se realizaron trifoliales, planes de comunicación, programas televisivos y cuñas radiales.

Otro de los procesos a destacar es la conformación de la Red de apoyo de instituciones y organizaciones de atención a víctimas de violencia y Derechos Sexuales y Reproductivos la cual surge a raíz del Convenio.

Conjuntamente con la Red de la no Violencia contra las Mujeres-REDNOVI se elabora la investigación regional sobre Salud Sexual y Reproductiva.

La dinámica aislada de las tres ejecuciones fue combatida con capacitaciones conjuntas, encuentros de coordinación promovidos por Medicus Mundi y espacios regionales de consensos estratégicos, donde se destaca el intercambio de experiencias en el cual se desarrolló un taller de autocuidado para las mujeres y un taller de masculinidades con los hombres.

Los cambios de personal técnico fueron especialmente frecuentes en los casos de ambos socios locales de Sololá, situación que puntualmente conllevó la necesidad de la participación de Medicus Mundi y de la Unidad de Gestión en procesos de mediación de conflictos.

ACCIÓN 4: HONDURAS

La acción, resultado de una consultoría en la fase de identificación y del apoyo directo de la Asociación Medicus Mundi Bizkaia, fue desarrollada en los departamentos de Atlántida y Cortés y conllevó la participación de dos socias locales (ENMUNEH y Casa Ixchel); actuando cada una con su presupuesto y su PAC operativo, aunque, a lo largo de la ejecución del Convenio se fueron logrando articulaciones de actividades que contenían grandes similitudes en sus fines.

La acción comienza en Junio de 2008 con la contratación del personal necesario y la compra de equipamiento para el funcionamiento del Convenio. Esta contratación tuvo en cuenta, sobretudo, en el caso de Casa Ixchel, que fuera un equipo compuesto por mujeres ya que se iba a trabajar la temática de violencia de género.

En el caso de ENMUNEH se expresa también esta intención de trabajar con un equipo solo de mujeres, aunque manifiestan una dificultad en hallar mujeres con el perfil que se estaba solicitando, debido a que, por la falta de oportunidades, muchas mujeres emigran a otras ciudades.

Una vez conformado todo el equipo, se realizan los primeros contactos con las comunidades y las diferentes autoridades de salud locales para la socialización del Convenio, realizándose cartas de entendimiento con las autoridades de Atlántida y Cortés que viabilizaron la aplicación del mismo.

En este mismo año, surge la necesidad del diseño de una estrategia de promoción de la SSyR en las comunidades, poniéndose en marcha una consultoría vital que permite que ambas Socias Locales, junto con las entidades de salud de referencia para ambos, construyan una estrategia conjunta. Esta estrategia comienza con la realización de una línea base, cuyo objetivo fue identificar actitudes, prácticas y comportamientos de la gente de las comunidades y conocer la situación de partida de las Unidades de Salud y de su personal institucional y voluntario en materia de SSyR. Cabe decir que en el caso de Casa Ixchel estuvo más orientada a la violencia de género, y en el caso de ENMUNEH se desarrolló el abordaje del fortalecimiento de servicios de salud buscando mayores niveles de adecuación desde la cosmovisión del pueblo garífuna. No será hasta septiembre del siguiente año que Casa Ixchel socialice esta línea y ENMUNEH hasta el 2010.

Posteriormente inicia el proceso formativo al personal de salud diseñado a partir de la estrategia. Denominado “curso de expertos”, el cual se dividió en 12 módulos con temáticas relacionadas a la SSyR con enfoque de género y multiculturalidad: Metodología de capacitación y metodología de educación de adultos; Conceptos y generalidades de la sexualidad y la Salud Sexual y Reproductiva; Bases teóricas de los principales problemas de la salud sexual; El análisis de la salud sexual; Hombres de verdad; La violencia de género como problema de salud; La salud materna; Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes; Identidad e interculturalidad en la atención a pacientes con enfermedades de transmisión sexual; Comunicación para el cambio e comportamiento sobre VIH/SIDA y SSR; Jornada de trabajo; FODA: Un método de análisis de situación.

Aún siendo módulos comunes para las dos organizaciones, estos se desarrollaron por separado para el personal de los Centros de Salud de la Ceiba y Porvenir por un lado y de Tela, Puerto Cortés y Omoa por el otro. Los y las participantes del curso fueron en su mayoría personal de enfermería, técnicas y técnicos ambientales y alguna doctora y doctor, selección que fue hecha por parte de la misma secretaría de salud priorizando aquellas personas situadas en áreas de atención a la mujer.

A partir de aquí, este personal de salud tuvo la responsabilidad de capacitar a las y los voluntarios de salud de los propios centros y éstas y éstos de reproducirlo en la comunidad mediante diferentes charlas. Así pues, después de trabajar los diferentes módulos, las y los participantes del “curso de expertos”, adaptaban los contenidos y metodología para trabajarlos posteriormente con las y los voluntarios.

Posteriormente, ya en el 2011 las y los voluntarios, acompañados por las personas facilitadoras, en función de las necesidades de la comunidad, se organizaron para trabajar las diferentes temáticas con grupos comunitario. En el caso de ENMUNEH, para trabajar con las escuelas se hizo un trabajo previo de sensibilización con las iglesias y madres y padres, de tal forma que se pudiera tener más apertura para trabajar con las y los adolescentes.

Estos voluntarios y voluntarias fueron dotados de un kit de primeros auxilios y un kit de identificación personal (camisetas, gorras, bolsos, marcadores, hojas de referencia autorizadas por la Secretaría de Salud, libreta, guantes, termómetro, sello, carnets...), lo cual facilitó su identificación y el sentirse parte del propio sistema de salud.

Fue también durante el 2010 cuando se desarrolla el procesos de detección de las necesidades de material por parte de los Centros de Salud de la zona de Atlántida y Cortés, a partir de las cuales se realizan las diferentes compras de material de cómputo y biomédico relacionado con la SSyR y orientados a la mejora de la atención a la mujer (espéculos, camillas, sillas giratorias, estetoscopio, esfinomanómetro, equipo de inserción de DIU, glucómetro...). Finalmente se equiparon un total de 15 Unidades de Salud, un Centro de Atención Integral de personas viviendo con VIH (CAI) y un hospital. Este elemento se vio fortalecido por la inyección de fondos que se reorientaron desde la acción 5 y que fueron destinados esencialmente al fortalecimiento de servicios de salud con equipos e infraestructura, para lo cual fue necesario establecer coordinaciones entre ambas Socias Locales.

A finales del 2010 se elabora una serie de material de sensibilización, que parte también de una consultoría externa, el cual llevó todo un proceso de validación con la comunidad, los equipos técnicos, el Ministerio de Salud y la Unidad de Gestión. Este material consistió en afiches, rotafolios y manuales sobre SSyR y Violencia. Cabe destacar que aunque hubo intercambio de materiales entre las dos organizaciones, los rotafolios realizados por Casa Ixchel daban énfasis al componente de violencia de género y los de ENMUNEH al componente de interculturalidad.

Como parte de este componente de sensibilización y estrategias de IEC, se confeccionan además, banners y afiches sobre SSyR y se realizan cuñas radiales en relación a estos temas.

En el año siguiente se realiza desde ENMUNEH un taller de abordaje de violencia doméstica y de género con las Unidades de Salud y operadores de justicia en el cual participaron también las y los voluntarios. El objetivo era analizar la violencia doméstica no solo como un problema de salud si no como un problema legal para poder identificar y gestionar casos de violencia y responsabilizar a la Secretaria de Salud de las casos que llegan a consulta por otros motivos y no denuncian.

Fue en este mismo año 2011 cuando se realiza la construcción y equipamiento de la clínica psicológica y médica en Casa Ixchel, firmándose un convenio con la Secretaría de Salud para la contratación del recurso humano tanto en atención médica como psicológica.

Se consigue también la rehabilitación y equipamiento para la clínica de Consejería de la Familia de la Ceiba, un espacio dependiente de la Secretaria de Salud donde se atiende a mujeres que están enfrentando violencia de género pero también a los hombres referidos del juzgado por denuncia de violencia doméstica.

A finales del 2011, se inicia desde Casa Ixchel un proceso de formación sobre casos de violencia al personal institucional del Hospital Atlántida, donde participó personal clave como personal de enfermería, de emergencia, de estadística, de tesorería y guardias de seguridad, con la lógica de formar a todas aquellas personas que de una manera u otra tienen contacto con las mujeres, para garantizar así una atención de calidad y calidez. Fue aquí donde se hizo la socialización de unas nuevas guías de atención de violencia a las mujeres.

Es importante destacar en el caso de la ejecución de Casa Ixchel el continuo trabajo de coordinación que tuvo que darse con las autoridades municipales de la Ceiba, ello con el fin de garantizar niveles de autonomía operativa de la casa Refugio, así como de ampliar los compromisos de sostenibilidad del refugio por parte

de la institución municipal. Este esfuerzo, en el que participó activamente el equipo de Medicus Mundi Bizkaia en el país y la Unidad e Gestión del Convenio ha requerido de actividades continuadas de abogacía y acompañamiento de la casa Refugio.

Gracias a la relación de Casa Ixchel con el Movimiento de Mujeres Visitación Padilla, se consiguió el suministro de un aire acondicionado, computadoras, impresoras, material de oficina y una salita de muebles pequeños pensando en la mejora de la atención a mujeres que enfrentan violencia.

A partir de este mismo año se realizan a través de las diferentes organizaciones encuentros de voluntarios y voluntarias.

Durante todo el Convenio hubo un apoyo técnico y logístico a las Unidades de Salud de los territorios donde se estaba desarrollando dicho Convenio, tanto en lo que refiere al suministro de equipo biomédico relacionado a la SSyR, como en el apoyo en las Ferias de Salud y a sus mismos procesos de planificación y evaluación y sobre todo en lo referente a las y los voluntarios de salud.

Las Ferias de salud, son actividades ya planificadas desde los Centros de Salud, en las cuales, el mismo personal de los centros sale a la comunidad y dan atención médica y educación en diversos temas. En este sentido, las organizaciones apoyaban en la sensibilización en materia de SSyR aprovechando en algunas ocasiones para consultas específicas como citologías, ITS y pruebas de VIH. De esta forma se pudieron identificar casos que merecían especial atención y referirlos así al Centro de Salud.

A nivel de movilización, desde el primer año del Convenio, se ha participado en diferentes marchas de fechas conmemorativas como es el caso del día de la mujer, día internacional de la lucha contra la violencia de la mujer, día mundial de la lucha contra el SIDA, día mundial de la lucha contra el cáncer de mama,...

A partir también de la inyección de fondos que se reorientaron desde la acción 5, se pone en marcha una investigación sobre Salud Sexual y Reproductiva desde la cosmovisión garífuna, analizando lo que se está haciendo en SSyR y el sentir de la población garífuna para la mejora de la atención.

Ya a inicios de el 2012 se consigue la adquisición de una red informática para algunas de las Unidades de Salud de Tela con el objetivo de que exista una información más fluida y directa ya que todas las Unidades de Salud puedan conectarse en línea.

Finalmente en Casa Ixchel se coordina un proceso de formación interna sobre género, feminismo, Derechos Sexuales y Reproductivos e incidencia política, para fortalecer al equipo y mejorar la calidad de su trabajo y en ENMUNEH se adquiere un software contable para también el fortalecimiento institucional.

Por último en la actualidad se está llevando a cabo una consultoría sobre una estrategia en IEC en SSyR y violencia de género desde la cosmovisión garífuna con ENMUNEH.

Durante todo el Convenio ha habido un seguimiento permanente a las actividades a nivel técnico y administrativo por parte de la UG y MMB. En el caso de ENMUNEH la discontinuidades del personal, especialmente en su perfil administrativo y contable, conllevó de intensas actividades de acompañamiento por parte de Medicus Mundi Bizkaia y la Unidad de Gestión, sin lograr conseguir que esta rotación de personal acabase.

El seguimiento a las y los facilitadores por parte de las Socias Locales ha sido a través de reuniones mensuales y visitas de campo, mientras que a la Unidades de Salud se realizaba diariamente por la o el facilitador y la coordinadora de forma programada.

Entre Casa Ixchel y ENMUNEH hubo reuniones entre coordinadoras y mientras se elaboraba la estrategia formativa hubo una reunión conjunta.

Es importante destacar como el conjunto de la acción sufrió un importante impás operativo y especialmente en sus procesos de coordinación con el Ministerio de Salud, cuando el 28 de junio de 2009 se produce un golpe de estado en el país, iniciando un proceso de inestabilidad que se prolongó a lo largo de todo el 2010. Para evitar la parálisis total de la acción se estableció la estrategia de coordinaciones limitadas a personal de niveles locales de referencia y a garantizar medidas de seguridad de los equipos en los momentos más álgidos de represión; especialmente en los periodos de toque de queda que acompañaron en muchos momentos al golpe. Otros imprevistos claves fueron el terremoto (2009) y los desastres naturales resultado de la época de lluvia (2010 y 2011) .

ACCIÓN 5: HONDURAS

Acción planificada en su diseño original para ejecutarse, con equipos locales de Medicus Mundi, en toda la red de servicios de salud del Departamento de Yoro. Tras un inicio normal, pronto la acción demostró altos niveles de conflicto interno en los equipos responsables, conflictos que finalmente provocaron la mediación de la Unidad de Gestión; este seguimiento permitió descubrir comportamientos supuestamente ilícitos, primero en la coordinación técnica y posteriormente en el conjunto del personal contratado. Como medida ante esta situación se contrató a un expatriado con la responsabilidad de garantizar el devenir adecuado de la acción. En 2009 se notifica, desde la propia OTC/AECID Honduras, que esta persona ha sido amenazada de muerte, lo que obliga a la suspensión de las actividades, al mismo tiempo que se facilita el regreso a España de la persona afectada. Tras un impás de meses, en el que Medicus Mundi profundiza sobre las responsabilidades ligadas a manejos inadecuados de fondos y se confirma la necesidad de reorientar el conjunto del accionar propuesto; se decide presentar ante la AECID un cambio sustancial que privilegia tres grandes propuestas:

- La reorientación de gran parte de los fondos de la acción 5 en la operatividad de la acción 4, ambas desarrolladas en Honduras, que permitió una ágil movilización de los fondos comprometidos.
- El inicio de acciones legales contra las personas que supuestamente incurrieron en ilegalidades en relación al manejo de los fondos.
- El rediseño de la acción 5, reducida en su operatividad a tres grandes actividades esenciales: la construcción y equipamiento de un Hogar de Espera Materna en el Municipio de Morazán, la construcción y el equipamiento de una Clínica Materno Infantil y un CESAMO en el Municipio de Santa Rita y el desarrollo de campañas radiales de sensibilización en SSyR.

A partir de 2010, con nuevo personal expatriado, se avanza en el desarrollo de estas actividades en un proceso que logró los niveles de incidencia necesaria para conseguir compromisos de ejecución y sostenibilidad de los logros por parte de las municipales de referencia y del Ministerio de salud.

Fue en marzo de este año que se inician las primeras relaciones con las diferentes alcaldías para las contrucciones. El proceso fue muy rápido, incluso iniciándose sin el aval de la Secretaría de Salud, lo que implicó un riesgo para la ejecución.

Lo primero a desarrollar fue la licitación pública que, en los dos casos, se hace a través de una comisión formada por la municipalidad, Medicus Mundi y una representación de la sociedad civil; en el caso de Morazán la Fundación Materno Infantil Doctor José María y en el caso de Santa Rita, el Comité de Salud.

Esta comisión fue la encargada de dar seguimiento a todo el proceso de construcción. Para las distintas construcciones, se ponen también en funcionamiento los comités de compras que funcionan paralelamente a estas actividades.

Este proceso se inicia simultáneamente en las dos municipalidades, pero no tuvo la misma duración en cada uno de ellos. En Morazán se inicia en agosto del 2010 y finaliza en diciembre del mismo año y en Santa Rita no se termina hasta inicios del siguiente.

La construcción de la Casa Hogar de Morazán se realizó en aproximadamente tres meses y medio, equipándose con camas, equipo, utensilios de cocina, estufa, refrigeradora y cocina, aportados por la Fundación, y televisión y muebles de sala como aporte de la alcaldía. El objetivo era crear un espacio donde las mujeres se sintieran cómodas y en confianza, por lo que se incluyó un espacio de recreación para que pudieran llevar a sus hijos. Para ello, se contrata a una persona encargada de la limpieza que al mismo tiempo lleva el control de asistencia y ayuda a preparar los alimentos. Este hogar de espera materno cuenta con cuatro dormitorios, con dos camas cada uno.

En el caso de Santa Rita el proceso de construcción duró unos 7 meses durante el cual se recibieron visitas de la oficina de regulación sanitaria para ver algunas modificaciones necesarias, siendo muy pocos los cambios que se tuvieron que llevar a cabo. La comisión de seguimiento creada estuvo a cargo de todo este proceso y la municipalidad es encargó de algunos imprevistos que surgieron, como por ejemplo, el hecho de encontrarse con un antiguo cementerio después de demoler el edificio donde se iba a construir el nuevo. Este hecho ocupó un tiempo en pedir permisos para la exhumación de cadáveres a la Secretaría de Salud.

En el 2011 culmina gran parte de los compromisos de funcionamiento y sostenibilidad de las infraestructuras sanitarias que se ponen en marcha con los fondos que finalmente quedaron para el desarrollo de la acción; en un proceso que estuvo claramente marcado por las intensas coordinaciones logradas por el personal de Medicus Mundi Asturias responsable de la acción (en total asumidas por dos expatriados que en tiempos diferentes asumieron la coordinación general de la acción), con las dos municipalidades de referencia, así como, con el personal de salud que desde el ámbito local asumieron altos niveles de cogestión; en estas continuadas reuniones de coordinación participaron puntualmente personal de la Unidad de Gestión del Convenio y de Medicus Mundi Asturias que anualmente asumieron visitas de seguimiento al terreno

ACCIÓN 6: NICARAGUA

Se trata de la acción más corta del Convenio (dos años) diseñada por la Asociación Medicus Mundi Navarra, con la participación de dos Socias Locales involucradas en su ejecución: el SILAIS Matagalpa y ODESAR; la estrategia de diseño partió de una máxima que luego se demostró acertada; la de construir una simbiosis entre la parte de ejecución técnica, responsabilidad de la instancia de salud nicaragüense y el control administrativo que le es propio a un convenio de cooperación, control que fue facilitado por la Asociación ODESAR dado su experiencia previa de gerencia de proyectos con la Asociación Medicus Mundi Navarra. Esta distribución de roles requirió de toda una primera fase de adaptación por parte de ambas organizaciones, dándose conflictos, especialmente ligados al incumplimiento de tiempos o en dificultades de liquidación de fondos por parte de la instancia ejecutora, tensiones que fueron decreciendo en los dos años y ocho meses de ejecución que finalmente tuvo la acción, a partir del aceitado de los procedimientos y el acompañamiento que en todo momento se dio por parte de la Unidad de Gestión y de la Asociación Medicus Mundi Navarra.

Gradualmente ODESAR fue ganando componentes de apoyos técnicos, especialmente en los esfuerzos promovidos por el SILAIS en el ámbito de la organización comunitaria alrededor de la salud. A lo largo de su ejecución no se dieron cambios sustanciales si bien algunos de los sectores de salud aperturados (municipio de Mulukukú) fueron asumidos por otro SILAIS, en el marco de la reordenación de los servicios de salud en Nicaragua. Un continuo problemático de la acción se dio en la inestabilidad del personal de salud que desde el Convenio se contrató para viabilizar la apertura de los servicios comunitarios y que carecieron en algunos de sus perfiles, de rotaciones y abandonos que ralentizaron la consolidación de los servicios primarios promovidos desde el Convenio.

En la concreta, esta acción comenzó con la **selección de los municipios** que se iban a ver beneficiados con la acción, seleccionando finalmente 4, de acuerdo a los indicadores de mortalidad materna, mortalidad infantil, lucha VIH y por la brecha para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Dentro de estos 4 Municipios se **crearon 16 sectores de salud** (estructuras descentralizadas puestas en marcha en diferentes comunidades en función de la población y la dispersión de las viviendas en la comunidad, la cantidad de población para cada sector es de aproximadamente 3000 habitantes), los cuales fueron equipados por el Convenio con equipamiento básico: camillas ginecológicas, estetoscopios, tensiómetros, equipo de cirugía menor, pesas pediátricas. Se dotó además con equipos de ultrasonido a las Unidades de Salud y radio comunicadores en alguno de los sectores, así como de una camioneta para la entrega de insumos médicos a los 16 municipios.

Se apoyó en la **implementación del Plan de Parto** desarrollado por MINSA, donde el personal voluntario de la comunidad colabora con la mujer embarazada para ayudarla a planificar desde sus controles hasta el momento en que nace el bebé.

Se apoyó además el **fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud** a través de **pasantías**; en “Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE), donde durante quince días en el Hospital, rotan por las salas de labor y parto, cuidados del recién nacido y emergencia; asimismo, se les capacita en el manejo del censo de la embarazada y el manejo de expediente clínico y; en “Ultrasonido Obstétrico”.

De igual manera se desarrolló la “**Maestría en Salud Pública**”, en la cual se becó a 18 médicas/os, enfermeras/os y directoras/es de SILAIS (Matagalpa). Esta maestría fue propuesta por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES-UNAN) a petición del SILAIS de Matagalpa.

Finalmente se realizaron diferentes acciones encaminadas a la promoción de la participación ciudadana con las diferentes estructuras comunitarias organizadas; realización de los Consejos Técnicos en cada municipio de intervención, abordándose temáticas como la producción de servicios de salud, avances del Modelo de Salud Familiar Comunitario y del proceso de Dispensarización⁵; reuniones de Consejos de Defensa de la Salud Pública gratuita; reuniones evaluativas con miembros de los Consejos del Poder Ciudadano donde se abordan temáticas relacionadas al avance del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

ACCIÓN 7: NICARAGUA

Esta acción se desarrolló en el barrio de Acahualinca y las zonas o sectores de los alrededores, donde se involucran tres actores claves: La asociación de Mujeres Acahual, el Centro Policlínico de Salud Francisco Morazán y la Comisaría de la Mujer de referencia en el barrio de Acahualinca.

⁵ Es un método de observación y evaluación permanente y dinámico a individuos, familias y comunidad con el objetivo de controlar riesgos y daños en la salud individual y comunitaria y poder intervenir de manera planificada con un enfoque clínico-epidemiológico y social del estado de salud de individuos, familias y otros grupos sociales

El Convenio se convirtió desde el inicio en uno de los mayores retos de la Socia Local en cuanto a la gerencia de una intervención propia de la cooperación, reto que partía de la obligación de equilibrar su pericia operativa y compromiso de trabajo, con los requisitos técnicos (informes, PACS...) y administrativos y contables que le son propios al Convenio; el proceso de adaptación implicó cambios en su sistema interno de información (sistema ligado a los servicios del Centro Acahual) y a la construcción de habilidades que son propias del control contable derivado de la financiación. La acción, sin cambios sustanciales en su desarrollo, fue intensificando sus mecanismos de coordinación con los actores sociales antes mencionados.

A lo largo de su accionar fue importante el cofinanciamiento del Principado de Asturias logrado por la Asociación de Medicus Mundi Asturias y que permitió fortalecer intensamente las capacidades originales que el Centro Acahual tenía para su atención. Este cofinanciamiento se adecuó a los procedimientos y normativas que el Convenio definió para el conjunto de sus financiadores.

El proyecto inicia con un proceso de planificación por parte e todo el equipo de trabajo en el cual se plantearon las diferentes actividades a desarrollar por cada una de las áreas de trabajo. Estas áreas de trabajo corresponden al área medica, área psicológica, área de educación, área de asesoría legal y área administrativa. Acahual cuenta también con un laboratorio clínico.

En esta fase inicial se realiza la **socialización del proyecto** a diferentes sectores como; lideresas y líderes de la comunidad, personal del Centro de Salud Francisco Morazán y de la Comisaría de la Mujer, para dar a conocer las diferentes actividades a desarrollar y establecer posibles coordinaciones y colaboraciones. Fue ahí donde surgieron diversos acuerdos con cada una de estas instancias, como por ejemplo, el acuerdo de colaboración en la referencia de casos de violencia por parte de Acahual, en la realización algunas campañas de sensibilización con el Centro de Salud. Con la comisaría de la mujer se establece un trabajo conjunto a través de la comisaría móvil con un sistema de referencia mútua.

A partir de ahí inicia una **fase de promoción** en la que se empiezan a ofertar a la comunidad los diferentes servicios que ya se estaban desarrollando basados en la atención médica general, atención psicológica, atención ginecológica y Salud Sexual y Reproductiva. Todo este proceso de promoción fue desarrollado por las educadoras del equipo, las cuales eran las responsables de hacer las visitas familiares a la comunidad en las cuales se entregaban folletos informativos, se hablaba de las importancia de hacerse los exámenes periódicamente, se le presentaban las diferentes charlas a desarrollar y se les entregaban los bonos para la realización del examen del papanicolau de forma gratuita. Esta estrategia de visitas casa por casa fue muy significativa porque, a parte de identificar de forma más fehaciente las necesidades y problemáticas de la comunidad, el acercamiento y contacto más personalizado con las mujeres permitía un mayor interés por el autocuido y un acercamiento de ellas a la clínica. Estas visitas se realizaron distribuidas por cada uno de los sectores en los que se divide administrativamente el barrio de Acahualinca.

Estas actividades de promoción y otras como las ferias se fueron desarrollando durante los 4 años del Convenio, las cuales permitieron un mayor grado de sensibilización de la población. Estas ferias permitieron dar asesoría legal

Después de esta etapa más personalizada se desarrollaron las diferentes **capacitaciones** en la comunidad, los contenidos de las cuales fueron: cáncer cervicouterino y de mama, planificación familiar, violencia contra la mujer, ITS, VIH y autoestima.

Estos talleres, desarrollados por las educadoras, fueron realizados primeramente a grupos de promotores y promotoras comunitarias, las cuales eran responsables de capacitar posteriormente otros grupos en su comunidad: grupos de promotoras del Programa Girasol (que trabaja con mujeres trabajadoras sexuales);

Líderes y líderes; Centros Escolares y Grupos de diversidad sexual a raíz de la demanda que ellos hicieron. Es importante destacar que se trata de la única acción que originalmente aborda la problemática de la exclusión por opción sexual, en un enfoque que en los Encuentros regionales promovidos desde la acción regional acaba empapando a otras acciones que no habían planteado esta forma de exclusión dentro de su accionar.

Para el trabajo desarrollado en las escuelas, se presentó inicialmente la temática a maestras/os y padres y madres de familia, dicha temáticas fueron: anatomía y fisiología en sus cambios en la pubertad, autoestima, comunicación asertiva, violencia en algunos casos VIH e ITS.

Acahual viene desarrollando un **programa de atención médica integral** con énfasis en enfermedades de Salud Sexual y Reproductiva el cual, a raíz del Convenio amplía su cobertura y acceso, realizándose pruebas gratuitas. Dicho programa desarrolla diagnósticos y tratamientos de ITS, atenciones ginecológicas, citologías, atenciones psicológicas a mujeres víctimas de violencia, asesorías legales y asesorías en planificación familiar. Este programa de atención médica, gracias a la promoción y la formación realizadas ha tenido mucha incidencia en mujeres trabajadoras del sexo y mujeres trans, quienes enfrentan una enorme discriminación en los Centros de Salud.

Se estableció un convenio con las instituciones estatales encargadas de la ruta de acceso, estableciéndose vínculo además con el Ministerio de la Familia y la Comisaria de la Mujer para sensibilización en un mejor trato a las mujeres y para establecer el sistema de referencia y contrareferencia. Actualmente se está en coordinación con el ministerio público para garantizar un mayor acceso a la justicia y un mejor trato, evitando la revictimización.

Durante estos 4 años se han desarrollado procesos o actividades de incidencia en relación sobre todo a la violencia contra las mujeres, participando en foros y en las mesas de discusión con las grandes autoridades del estado, para poder establecer un sistema lo mas coherente en el que las mujeres que enfrentan violencia no sean victimizadas.

Desde Acahual, se han desarrollado también cuñas radiales, perifoneo, spot televisivos, ferias, pancartas, folletos...

Finalmente se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes, comportamientos de riesgo o discriminación en relación a la SSrR en el distrito dos, realizado por una consultora.

Evidentemente todas las acciones desarrolladas por la Asociación Acahual, fortalecen el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva en el nivel comunitario, que de seguir siendo con el enfoque de derechos humanos y género, la beligerancia y compromiso con que desarrollan el trabajo de cada una de sus áreas, habrán de generar cambios e impactos sociales. Sin embargo es importante mencionar, que la acción siete es una acción desligada del fortalecimiento del sistema publico de salud en el nivel descentralizado, puesto que no existe ningún traslado de estrategias y buenas prácticas de la organización al estado y más bien este traslada sus responsabilidades a la organización, al pedir que desarrolle acciones que son de su competencia como la sensibilización a la población asistente al Centro de Salud y de su personal.

ACIÓN 8.

Acción de sensibilización enfocada en la población española; su desarrollo fue responsabilidad de las sedes de las Asociaciones de Medicus Mundi implicadas en el Convenio; si bien no va a constituir un análisis completo en la presente sistematización, si creemos conveniente describirlas en sus principales productos:

2008: Bajo la responsabilidad de Medicus Mundi Navarra se diseña y socializa (tanto en Guatemala , como en España un video, que con el título "Tejiendo el huipil de la SALUD ", explica con sus protagonistas esenciales, las bases esenciales del Modelo Incluyente de Salud que la acción 11 en Boca Costa pretende impulsar como nuevo modelo de atención primaria en salud. El vídeo se ha distribuido en al menos 3 televisiones locales y 1 regional, entre éstas el Canal 4 de Pamplona La exhibición en TV tuvo una audiencia estimada de 5.700 personas.

2009: Suspendida al diseñarse la elaboración de un DVD que sistematice los proyectos en Yoro, cuando el contexto particular de la acción que iba a ser la base de este material de IEC (acción 5) sufre de graves problemas en su ejecución, al mismo tiempo que se produce en Honduras el golpe de Estado que imposibilita las condiciones mínimas de seguridad requeridas para el desarrollo de la actividad originalmente planificada

2010: Coordinada por Medicus Mundi Asturias ;se produce la Organización y desarrollo del Congreso sobre Cooperación Internacional en Salud Sexual y Reproductiva, realizado los días 27 y 28 de mayo en la ciudad asturiana de Oviedo. El congreso permitió divulgar los fines del Convenio mediante la participación en ponencias concretas de representantes de socios locales (Asociaciones Acahual, Nuevos Horizontes y Casa Ixchel) y de la Unidad de Gestión de Medicus Mundi El congreso promovió el intercambio ,mediante la realización de charlas/mesas redondas/Talleres/Mesa de trabajo con personal de Centroamérica y África y culmina con la Edición de libro final con las conclusiones y ponencias del Congreso . La Difusión de la publicación se realizó entre ponentes ,asistentes, autoridades y contrapartes del Sur (300ejemplares).

2011: Bajo la responsabilidad de Medicus Mundi Madrid y el involucramiento de los equipos locales y sedes de Medicus Mundi Bizkaia y Medicus Mundi Asturias , se produce y divulga en actividades de sensibilización social , un video (DVD) en el que se sistematiza las experiencias de trabajo en Guatemala y Honduras, analizando con sus protagonistas los procesos y el impacto que las acciones han provocado en los lugares donde dichas intervenciones se llevaron a cabo.

ACCIÓN 9: REGIONAL

Acción regional identificada desde la Asociación de Medicus Mundi Aragón, con apoyos puntuales y voluntarios de personas que con posterioridad van a formar parte de la Unidad de Gestión del Convenio. La acción regional construye sus prioridades en tres grandes fines:

- El seguimiento técnico y administrativo del Convenio, garantizando que la ejecución sea acorde a los compromisos adquiridos por FAMME ante la AECID, ligados a la normativa que el organismo oficial de cooperación establece para sus Convenios.
- La asesoría técnica y operatividad de actividades encaminadas a garantizar la real transversalidad de enfoques comunes, especialmente género, multiculturalidad y participación social e incidencia; para dicho proceso de transversalidad fueron especialmente importantes los encuentros regionales de socios locales (realizado anualmente), el acompañamiento de las acciones en visitas de campo y el desarrollo de investigaciones regionales.
- Garantizar los procesos de interlocución con AECID (concretamente con las cuatro oficinas Técnicas de Cooperación de AECID en los cuatro países de referencia al Convenio), Ministerios de salud y otros actores estratégicos para la ejecución y el alcance del conjunto del Convenio.

Si bien en los cuatro años de ejecución de la acción regional no se dieron cambios sustanciales en sus planteamientos originales, si se dieron las siguientes reorientaciones operativas:

- Pronto, ya en el primer año, fue evidente que la debilidad gerencial y falta de experiencia de algunos socios locales y equipos de Medicus Mundi iba a requerir mayores niveles de seguimiento por parte de la Unidad de Gestión en el terreno (El Salvador), de tal manera que una actividad importante pero no principal, asume su privilegio en los tiempos y presupuestos de los diferentes PACs de la acción, convirtiéndose en la práctica en la principal actividad de la UG. Esta prioridad operativa queda plasmada en el plan de seguimiento que la UG elabora en 2009 y que se confirma en los siguientes años de Convenio.
- Los Encuentros regionales, planteados originalmente como semestrales, son conceptualizados ya desde el primer año en su complejidad organizativa y su requisito presupuestario, lo que provoca que ya en el 2009 se establezca su periodicidad anual como definitiva.
- En 2010 se decide la puesta en marcha de una página web que permita el acceso abierto a procesos, productos y logros resultado del conjunto de las acciones del Convenio.

Fueron momentos claves de esta acción el desarrollo de la evaluación intermedia al conjunto del Convenio (2010), las auditorías anuales, los encuentros regionales de socios locales, la viabilidad de investigaciones regionales (una investigación anual) y la elaboración de informes técnicos y contables (anuales).

ACCIÓN 10: GUATEMALA

Identificada en un proceso coordinado por el equipo de Medicus Mundi Bizkaia y mediado por consultoría en su fase de diseño final; su propuesta, fundamentada en estrechas coordinaciones con la Municipalidad de Sololá y la Dirección del Área de Salud de Sololá (DAS), provocó que fuera sin duda la acción de Guatemala más influenciada por las discontinuidades de autoridades y compromisos que se dieron en sus tres años de ejecución, especialmente con la instancia de salud departamental que tuvo en la vida de la acción un total de cinco direcciones; esta situación obligó a esfuerzos de coordinaciones amplificadas en su intensidad en la realidad de iniciar desde cero los procesos de trabajo articulado cada vez que se dio un cambio de autoridad. Esta situación fue en parte mitigada por la constancia lograda en la coordinación directa con los Distritos de Salud que se integran en la DAS, coordinaciones que agilizaron de manera decisiva actividades claves de la acción como: los equipamientos de Centros de Salud, las Salas Situacionales o las acciones comunitarias ligadas al fortalecimiento de los COCODES y los Comités de Emergencia.

Es así como en el 2009 mediante la **elaboración de un plan estratégico**, se comienzan a estructurar los vínculos necesarios entre la Municipalidad, la DAS y el equipo técnico del proyecto, firmándose en noviembre el convenio de coordinación entre las tres partes. A partir de esta firma se pone en marcha el comité de gestión, desarrollándose la interrelación a dos niveles; político (referente de la Municipalidad, referente de la DAS, coordinadora Convenio, Jefe de Distrito uno); y técnico (personal de la dirección de planificación de la Municipalidad y personal de la Dirección de Área de Salud). Se pone así en marcha el proceso, desarrollándose los siguientes elementos clave:

Trabajo comunitario dirigido al fortalecimiento y/o organización de los Comités de Emergencia, desarrollándose un proceso inicial de selección de las comunidades en función de unos criterios establecidos junto con la DAS y la municipalidad (existencia de muerte materna, existencia de comisiones de salud organizadas y comisiones de mujer organizadas, existencia de terracería, distancia al hospital y sin presencia de instituciones prestadoras de servicios). Se diseñó un plan de capacitación para la estandarización del

trabajo con estos comités, estableciendo coordinación para el desarrollo del proceso de capacitación y la implementación de los planes de emergencia con la Asociación VIDA, XOCOMIL, Visión Mundial e Ixim Achí (prestadora de servicios). Tras el desarrollo del proceso formativo se acreditó a las y los miembros de los Comités por parte de la instancia de salud.

Se dotó además a éstos con radios de comunicación y desarrollándose un proceso de capacitación para su uso y mantenimiento.

De igual forma, a través del Consejo Municipal de Desarrollo, se realizaron diferentes actividades de sensibilización e incidencia (sociodramas, monólogo fémica, murales...).

Dotación de equipamiento para los Distritos de Salud, para ello hubo dos momentos diferentes, el primero mediante la coordinación con la Dirección de Áreas y el segundo ya directamente con el referente de los Distritos de Salud. Estos equipamientos estuvieron dirigidos a los Distritos de Salud y al Hospital de Sololá.

Desarrollo de procesos formativos dirigidos a personal de salud; los cuales reorientaron la propuesta original (diplomados) en un manual de vigilancia de normas de atención materno neonatal y en diversos ejercicios con los y las jefes y jefas de distrito y personal técnico de salud, emergencias obstétricas, control prenatal, validación de la formación a los Comités de Salud, educación y comunicación popular, mejora de la comunicación inter e intrainstitucional, medicina médico legal, manejo de complicaciones neonatales y valores humanísticos dirigido al personal del Hospital de Sololá...

Apoyo a las Salas Situacionales y sistema de referencia y contrareferencia; donde el proyecto amplificó sus fines previstos inicialmente. Se logró reunir a 10 jefes de distrito y hospital, estableciéndose el primer jueves de cada mes para realizar el análisis conjunto Hospital-Jefes de Distrito del sistema de referencia y contrareferencia y el séptimo día hábil de cada mes para la realización en cada distrito, del análisis de sala situacional. Otro hecho a destacar, es la sistemática presentación de las Salas Situacionales distritales al Consejo Técnico Departamental Área de Salud de Sololá-CTDASS, cuya realización es mensual.

Elaboración de materiales de Información, Sensibilización y Comunicación, donde se produjeron: Boletín "Nuestra Salud" dirigido a personal del COMUDE, CODESAL, Municipalidad, DAS, organizaciones orientadas a la atención de las mujeres como Defensoría de la Mujer Indígena, APROFAM y trifoldar "Con la ley en la mano", cuyo objetivo es la difusión de las leyes guatemaltecas relacionadas con la materia del proyecto; cuñas radiales en los idiomas locales dirigidos a la población de las comunidades y difundido a través de una emisora con cobertura departamental; rotafolios para la transmisión de la información de la sala situacional a las comunidades y; rotafolios didácticos para el personal de salud en su trabajo comunitario.

El desarrollo original de materiales de IEC, estaba planteado de manera aislada, sin embargo fue integrado en una misma estrategia, viabilizada en gran parte mediante consultorías especializadas, lo que permitió una constancia en sus contenidos, fines y calidad en los tres años de ejecución de la acción.

En general, al igual que el resto de las acciones en Guatemala, pero agudizada por la localización de la oficina base del equipo en Sololá, para esta acción fue un imprevisto ciertamente estable los efectos ocasionados por los desastres naturales que anualmente imposibilitaron movilizaciones de los equipos a los Distritos de Salud y comunidades de referencia.

Por último también cabe mencionar que los cambios en el equipo técnico comunitario que, por diferentes razones se produjeron en los tres años de ejecución, dificultaron la continuidad en el trabajo de apoyo a los Comités de Emergencia que la acción, a pesar de esta realidad, mantuvo hasta el final del accionar.

ACCIÓN 11 GUATEMALA

Fue identificada directamente por la oficina de Medicus Mundi Navarra en Guatemala, se trata de un esfuerzo que partía de un proceso ya impulsado en los últimos años y a nivel nacional por MM Navarra para la consolidación del Modelo Incluyente de Salud (MIS).

En términos generales, se trata de una acción clara en sus fines y articulada a una estrategia nacional de esta Asociación de Medicus Mundi. A lo largo de los tres años de su ejecución la acción propone combinar el desarrollo del MIS en dos Distritos de Salud del Departamento de Sololá, con el impulso a los procesos de incidencia que permitan convertir la iniciativa en política pública nacional; en este último sentido, a partir del 2011, se consolida el reconocimiento implícito de componentes del MIS dentro del nuevo proceso de modernización del modelo de salud que el Estado Guatemalteco propuso en el último año del gobierno de Álvaro Colom y que se concreta con la oficialización del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Si en la acción 10 se evidenciaba la sensibilidad especial de su ejecución ante la influencia de cambios de autoridades en los niveles descentralizados de salud, la acción 11 es hipersensible a cambios nacionales; especialmente cambios de ministros de salud o direcciones rectoras del nivel central (muy frecuentes en los tres años de ejecución de la acción) y cambios de gobierno (2011).

A lo largo de la vida de la acción se dieron dos cambios sustanciales, ambos aprobados por la AECI. El primero (2009) se fundamentó en la decisión de focalizar los esfuerzos en un único Distrito de Salud (Guineales) en vez de los dos previstos originalmente; el segundo (2010) con la incorporación del Instituto de Salud Incluyente (ISIS) como nuevo socio local para el desarrollo del conjunto de la acción.

La acción comienza con un **proceso formativo al personal de salud** que consistió en la inducción al Modelo de Salud Incluyente.

Este proceso de inducción duró unos 8 meses, en los cuales se desarrollaron dos jornadas semanales. El objetivo fue capacitar al personal sobre los tres programas que conforman el MIS (programa individual, familiar y comunitario) y los enfoques subyacentes a dicho modelo. Era necesario, trabajar elementos clave como la horizontalidad, los protocolos, la articulación de la vigilancia epidemiológica y los enfoques de interculturalidad y género. Se diseñó un plan con cinco bloques para poder dar la capacitación en los tres programas más el sistema de información. Estas capacitaciones fueron desarrolladas por el personal de ISIS y el mismo coordinador de MM Navarra.

Ya en el 2010 se inicia una de las primeras fases de implementación del modelo que consistió en un **censo** que realizó el mismo personal de salud en 15 comunidades. Este censo arrojó datos sobre la cantidad de habitantes, familias, situación respecto al agua y saneamiento, etc. Todos estos datos fueron sistematizados e introducidos en un sistema informático. Con este censo se realizaron también los croquis de cada una de las comunidades.

Después del censo y el croquis se inicia una nueva fase que es la **línea basal**, la cual duró dos meses y fue desarrollada por el mismo personal del Centro de Salud en base a una entrevista diseñada ya desde el modelo. Para ello, el personal de salud se trasladaba a las comunidades y visitaba a cada una de las familias. Fue esta línea basal la que evidenció las diferentes necesidades de las comunidades y sentó las bases para la implementación de los programas. En el caso concreto de SSyR se identificó por ejemplo el miedo de las mujeres a expresar que estaban planificando por las represalias del compañero de vida o el desconocimiento del derecho a decidir sobre su cuerpo.

Una vez terminada esta línea de base, se inicia con la **implementación de los programas** empezando por el **programa individual** puesto que consistía ante todo en la atención clínica en los puestos de salud. Sin embargo, este programa individual también tenía su parte de extramuros en el que la atención clínica se llevaba a la casa. Esta atención clínica individual conlleva también la rotación de personal en el puesto de salud para que nunca quede desprovisto.

Se pasó después al **trabajo familiar** que conllevó un cambio radical en la forma de trabajo, puesto que consistía en las visitas casa por casa a las diferentes familias de la comunidad. Este programa se basa en un instrumento (ficha familiar) en el cual, a partir de estas visitas familiares integrales, realizadas por las y los auxiliares de enfermería o los y las técnicas de salud rural, se identifican los riesgos y los determinantes y condicionantes por cada familia e individuo. Los riesgos identificados se clasifican por colores en función de la prioridad, por lo que en función de ello se refiere al programa individual, familiar o comunitario, contemplando siempre el seguimiento pertinente.

Otra fase es la visita familiar para el intercambio educativo que es donde se priorizan los problemas más principales. Las entrevistas familiares fueron las que permitieron la generación de confianza ya que es en la casa donde se aprovecha a hablar con las mujeres, de ellas mismas, de sus métodos de planificación, etc.

El **programa comunitario** se inicia cuando se empieza a explicar a las comunidades el modelo y los cambios con los que se iban a encontrar. En este programa, en función de lo detectado en las visitas familiares, se desarrollan charlas en función de las necesidades, se hacen las reuniones con los COCODES, se presenta la Sala Situacional y se da a conocer el croquis. La Sala Situacional no es más que la presentación de los problemas, enfermedades que se dan en la comunidad de una forma adaptada a las características de las mismas. Es aquí donde se realizan también charlas educativas.

Ya entre el primer y segundo año del Convenio se forman los **Comités de Emergencia**, con los cuales se ha hecho reuniones e intercambios. Éstos fueron capacitados sobre el plan de emergencia familiar.

A partir del programa familiar integral se identificaron en las familias los y las terapeutas mayas⁶. A partir de ahí se les hizo una invitación para una reunión con el objetivo de intercambiar con otros terapeutas y conocer el trabajo común en salud.

Se realizó un registro de terapeutas por especialidad y se identificó qué tipo de personas son las que atienden. Además se realizó también un registro de enfermedades mayas. Para ello se trabajó con los EAPAS Y ECOS la perspectiva de los terapeutas, su cosmovisión y la forma en la cual se iba a trabajar con ellos y ellas. Las enfermedades identificadas se trabajaron también a través de un instrumento proporcionado por el modelo. Con este instrumento, en función de la enfermedad, se puede referir a la persona a una o un terapeuta maya y al revés.

Con las comadronas se han tenido también capacitaciones mensuales a modo de intercambio educacional, basado en que son ellas las que deciden en qué quieren ser capacitadas al mismo tiempo que se intercambian también sus conocimientos.

Finalmente se ha trabajado en un cabildeo incisivo y en un sistema de seguimiento y monitoreo de los programas, destacando también toda la aplicación de protocolos de trabajo.

Destacamos como ya en diciembre de 2010 se consigue la asunción del personal necesario para la implementación del Modelo por parte de Ministerio de Salud.

⁶ A pesar de que el equipo de la acción 11 se refería exclusivamente a “los” terapeutas mayas, se utiliza aquí un lenguaje inclusivo, ya que también hay mujeres dentro de la cosmovisión mayas que desempeñan estas funciones, más allá simplemente de ejercer como comadronas

5.6. TEJIENDO REDES: OTRAS VINCULACIONES

Durante el desarrollo del Convenio se han establecido, por parte de las Socias Locales, diferentes relaciones con otras instituciones que se han convertido en ocasiones en alianzas estratégicas para hacer incidencia en materia de SSyR y violencia de género, para visibilizar el trabajo realizado o simplemente como coordinación estratégica e intercambio de experiencias con objetivos similares.

Estas vinculaciones fueron establecidas por algunas de las Socias Locales, en función de su naturaleza, características y objetivos, abriendo espacios de interlocución, intercambio y construcción colectiva para la satisfacción de las necesidades del territorio de actuación. En relación a este territorio, nos encontramos tanto instituciones o instancias con un ámbito de actuación más local como aquellas que abarcan un plano más nacional.

A nivel nacional nos encontramos en **Guatemala** con la **Red de la No Violencia contra las Mujeres-REDNOVI** de la cual forma parte la Asociación Nuevos Horizontes. Esta Red tiene como objetivo contribuir interinstitucionalmente a la prevención, sanción y erradicación de la Violencia Contra las Mujeres y el respeto y cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, por lo que ha sido estratégica la participación en esta Red. De esta forma se ha visibilizado el trabajo en violencia realizado por Nuevos Horizontes y generando una mayor sensibilización en temáticas de SSyR.

Otra Red de la cual forma parte también Nuevos Horizontes es la **Red de Centros de Atención de Mujeres Sobrevivientes de Violencia** con un ámbito también nacional.

Además integra la **Red de paternidad y maternidad responsable**, la cual se crea desde los servicios públicos de salud y está conformando redes más pequeñas en los municipios.

Finalmente es importante destacar la conformación durante el Convenio a iniciativa de Nuevos Horizontes de la **Red de Apoyo para Atención de Mujeres Sobrevivientes de Violencia Intrafamiliar, Violencia Contra las Mujeres y Violación de Derechos Sexuales y Reproductivos**. Surge con el objetivo de hacer incidencia en el tema de la violencia y la SSyR. Hasta estos momentos, el papel de la organización en la Red ha sido de dinamizador del espacio, el cual se va fortaleciendo poco a poco.

En **El Salvador** se destaca el hecho de que Medicus Mundi, como institución que realiza ejecución directa ha mantenido relaciones con diferentes organizaciones a nivel local para articular trabajo en el territorio, al mismo tiempo que ha participado en espacios de incidencia a nivel nacional. Estos espacios han sido la **Alianza contra la privatización y el Foro Nacional de Salud**. Medicus Mundi se incorpora a esta Alianza en el 2009 y forma parte de la mesa de SSyR del Foro como una forma de expresión de la participación social e incidencia a políticas públicas en salud.

A nivel más local, se han hecho alianzas con diferentes ONG como estrategia de apoyo, intercambio y coordinación del trabajo en el territorio. En éste sentido se articula con la **Asociación para la Autodeterminación y Desarrollo de la Mujer Salvadoreña (AMS)**, la **Asociación de Comunidades Unidas del Bajo Lempa (ACUDESBAL)**, la **Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS)** y la **Asociación Coordinadora de Comunidades Unidas de Usulután (COMUS)**, todas ellas en el departamento de Usulután. Con éstas dos últimas instituciones, junto con la Procuraduría de Derechos Humanos se unificaron esfuerzos entorno a una mesa de salud y se logra las rendiciones de cuentas de los hospitales.

En Honduras, Casa Ixchel forma parte de la **Red Nacional de Refugios de Víctimas de Violencia contra las Mujeres** de Honduras, lo cual ha sido significativo en el intercambio de estrategias y formación.

A nivel más local, en la Ceiba, Casa Ixchel forma parte también de la **Unidad contra la Violencia contra las Mujeres**, la cual está formada por diferentes instituciones públicas y también por la sociedad civil y se conforma por la necesidad de unir esfuerzos para la lucha contra la violencia contra las mujeres. Fue por la incidencia de este espacio que se consigue la apertura de lo que actualmente es la Casa Refugio Ixchel. Otra alianza estratégica para el Convenio fue la que, desde Casa Ixchel se establece con el **Movimiento de Mujeres Visitación Padilla**, por su trabajo histórico dentro del movimiento feminista, su lucha para la transformación de las estructuras del sistema patriarcal en pro del desarrollo de las mujeres y su experticia en la atención a mujeres sobrevivientes de violencia. Al mismo tiempo esta organización interactúa en el proceso de creación e la Casa Refugio, siendo interlocutora directa y cogestora de su funcionamiento.

Por último, en Nicaragua, Acahual tiene una alianza con diferentes organizaciones que se encuentran dentro del barrio de Acahualinca, con las cuales han formado una **Red para la incidencia política**. Forman parte además la **Red de mujeres contra la violencia**, espacio de incidencia en esta temática, el cual tuvo un papel importante en la aprobación de la Ley Integral en contra de la Violencia hacia las Mujeres. La participación en estos espacios ha facilitado la visibilización y empoderamiento de Acahual en la temática de violencia, pudiendo incidir en contra de la revictimización de las mujeres.

6. UNA EXPERIENCIA A ANALIZAR.

6.1 MUCHAS COSAS POR HACER: FORTALECIENDO LOS SISTEMAS PUBLICOS DE SALUD

Un sistema de salud es un sistema complejo, que engloba diversos actores (instituciones, organizaciones, comunidades, personas...), recursos y acciones en pro de un objetivo común: mejorar la salud. Salud entendida no solo como ausencia de la enfermedad o la promoción de un estado de bienestar psíquico, físico y social sino como un proceso en busca de una autonomía personal y solidaria, potenciando la capacidad de decisión personal, el empoderamiento y el acceso a los recursos para obtener una vida la cual podamos disfrutar.

Desde esta visión de la salud, hablar de fortalecimiento de los sistemas públicos engloba numerosos esfuerzos; por un lado, esfuerzos orientados a modificar los determinantes y condicionantes de la salud y por otro, el impulso de acciones directas para mejorar la salud. Es decir, se trata de incidir en las condiciones sociales, económicas, políticas y medioambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, en definitiva, las características sociales en que la vida se desarrolla. Estas condiciones son el resultado de la imbricación de diversos sistemas de opresión basados en la clase social, el sexo, la raza y la edad, los cuales suponen una distribución inadecuada de los recursos a nivel mundial, nacional y local y la construcción de unas relaciones de poder desiguales. Es por ello que se hace imprescindible que analicemos la salud desde un enfoque de género teniendo en cuenta la especificidad de la salud de las mujeres, la cual se debe analizar en relación a la biología, la psicología y la sociedad, es decir desde sus condiciones de vida y de trabajo y los condicionantes de salud. No podemos hacer un análisis del fortalecimiento de la salud y en especial de la SSyR sin tener en cuenta la construcción genérica y los estereotipos de género que han invisibilizado a las mujeres en la historia y en la misma medicina, creyendo poco importante todo lo relacionado con ellas y su cuerpo.

El paradigma biomédico, claramente cartesiano asume con mucha dificultad enfoques integrales de salud y tiende a desconocer la importancia que la autodeterminación de los cuerpos, las relaciones de poder entre géneros y el valor de la sexualidad humana, tienen para explicar causalidades en los principales problemas que le son propios a la Salud Sexual y Reproductiva.

Para ello es importante que, cuando hablemos de fortalecimiento de la salud, incluir procesos que faciliten a las personas, y en especial a las mujeres, ser protagonistas de su salud e identificar los condicionantes que impiden el desarrollo de las potencialidades. No se trata solo de dar información, sino de analizar la propia realidad para identificar las necesidades y los condicionantes que impidan el desarrollo de estas potencialidades.

Pero además se trata de poner en marcha los procesos y estrategias necesarios para proporcionar un mayor acceso de las poblaciones más vulneradas al sistema de salud, así como una mayor cobertura de los servicios sanitarios efectivos, asegurando la calidad, calidez y seguridad de la atención prestada.

Finalmente es claro que, la apuesta por fortalecer sistemas públicos de salud es, en si misma, una apuesta por el principio de ciudadanía, de estado como garante, en última instancia, del derecho a la salud que toda persona debería de tener por el hecho de nacer; se trata entonces de construir estado como esencia del contrato social que la ciudadanía centroamericana ha visto violentado desde la propia génesis de sus naciones.

En relación a este enfoque y de cara a hacer el análisis más comprensible, hemos dividido este gran eje de sistematización en diferentes subejos, sobre los que el Convenio de una u otra manera ha incidido.

Nos encontramos así con diferentes **estrategias de construcción y generación de conocimiento** dirigidas tanto a los y las prestadoras de servicios como, a sus comunidades y población de referencia; con **acciones concretas de dotación de infraestructuras y equipamientos** orientadas a mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de salud; con la aplicación de **sistemas de registro e información** como elemento imprescindible para intervenciones basadas en la situación real de salud de las personas; con la puesta en marcha de **sistemas de referencia y contrareferencia** que agilicen y entrelacen el accionar tanto al interior de los propios sistemas de salud como hacia otras instituciones públicas; y finalmente con **acciones orientadas a promover la participación social en el sistema de salud pública** elemento imprescindible para construir estado.

De igual forma cada uno de ellos será atravesado por el **análisis de género y multiculturalidad**, enfoques imprescindibles para conocer como las diferentes estrategias y acciones puestas en marcha a lo largo de todo el Convenio han logrado tener en cuenta la realidad propia de las mujeres para favorecer la mejora en la calidad de vida de éstas y más concretamente de las mujeres garífunas y mayas.

Rescatamos en cada uno de ellos, desde el propio análisis de las y los participantes en este proceso de sistematización, las estrategias más válidas y los elementos facilitadores que han permitido su puesta en marcha, así como, las principales limitantes que se han vivido y los logros más importantes que se han obtenido.

6.1.1 CONSTRUYENDO Y GENERANDO CONOCIMIENTO

Una de las estrategias puestas en marcha para este mejoramiento del sistema de salud, pasa por fortalecer el personal prestador de servicios en capacidades y habilidades orientadas a una atención de calidad y calidez.

Un proceso formativo, no implica un conjunto de talleres o capacitaciones en el que se depositan conocimientos técnicos a un grupo de personas que lo recibe de forma pasiva sino un proceso de construcción colectiva de conocimientos, habilidades y herramientas que facilita una transformación personal, colectiva y del entorno. El objetivo es establecer y abrir procesos que impliquen cambios en las prácticas y actitudes, en este caso, del personal de salud, del personal de las organizaciones y de la misma comunidad en pro de una transformación de un sistema de salud que pueda atender las necesidades de la población de forma equitativa. De esta manera es innegable que la formación en Salud Sexual y Reproductiva no puede visualizarse como una mera transferencia de conocimientos biomédicos, muchos disponibles por otros medios y que suelen ser del conocimiento de gran parte del personal sanitario e incluso de la población; la formación sólo genera transformación de actitudes cuando se empapa de consciencia real sobre el problema y se toma consciencia de la realidad y la responsabilidad de cada uno de los actores sociales, consciencia en el abordaje de los problemas con un enfoque de género real; consciencia por la necesidad de compromisos colectivos aplicables sólo mediante la participación transformadora de las poblaciones.

En este sentido, el querer conseguir una transformación real no se limita a talleres, diplomados o jornadas, sino que se analiza todo aquello que haya implicado un análisis de la realidad y de las prácticas, de modo que se haya generado conocimiento que pueda llevar a una nueva práctica.

Además, cuando hablamos de procesos formativos, no podemos analizar éstos como un conjunto de contenidos que serán volcados ante un grupo de personas, sino que debe analizarse en su conjunto los enfoques, las estrategias, las metodologías, los contenidos y los mecanismos de seguimiento y evaluación, sin desligarse en ningún momento de la realidad donde estos se insertan. No existe ningún proceso educativo que no sea intencional y por tanto es importante analizar los elementos del proceso en función de cual ha sido la intención del mismo, que, en el caso del Convenio, no es más que el fortalecimiento de capacidades, actitudes y prácticas para una mejora de la atención en salud.

Desde esta perspectiva y en términos generales, en todos los países, con sus diferencias y peculiaridades, las **estrategias de generación y construcción de conocimientos** se han desarrollado teniendo en cuenta a los y las diferentes involucradas, desde el personal de salud hasta el personal comunitario. En las experiencias puestas en marcha, se ha pretendido impulsar una formación que no se quede meramente en conocimientos técnicos para el personal de salud, sino que facilite la participación, fortalezca la organización y promueva cambios de prácticas y actitudes para solventar las necesidades. Diferenciamos aquí los diferentes procesos en función de sus destinatarios y destinatarias.

FORMANDO AL PERSONAL DE SALUD

En relación al personal de salud, se han desarrollado procesos diferenciados en cada uno de los países participantes del Convenio, los cuales tienen sus especificidades, pero también sus puntos en común. En un inicio, la intención de involucrar al personal del primer nivel de atención en su formación es para la mejora de sus capacidades, habilidades y actitudes en la atención de las necesidades de salud, en especial la SSyR de tal forma que repercuta en las comunidades.



A nivel de estructura tanto en Honduras como en El Salvador, salvaguardando las diferencias, se han desarrollado procesos con el personal de salud que han implicado la mística de la réplica de tal forma que los conocimientos adquiridos llegan y se reflejan en la comunidad.

En Honduras, en la acción 5 se destaca del proceso, llamado “curso de expertos” que surge de una estrategia para el fortalecimiento de los programas de SSyR de las Unidades de Salud (Estrategia para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva) y que contempla en sí misma la estrategia de formación dirigida no solo al personal de salud, sino también, hacia el personal voluntario de salud y a la comunidad (jóvenes, mujeres, escuelas...) a modo de garantizar la sostenibilidad de los procesos.

Esta experiencia fue muy significativa en cuanto que la formación no se desarrolló como una serie de capacitaciones sueltas e inconexas entre ellas, sino que mantenía una lógica de proceso y sistemática en la que desde un inicio se tuvo en cuenta a la comunidad ayudando así a focalizar el objetivo de la mejora de la calidad de vida de las personas de la comunidad a través de la mejora de la calidad del servicio. En este sentido, la experiencia formativa de esta acción hondureña resume lo que en realidad fue un ejercicio transversal al conjunto del Convenio y que nace de una debilidad global que le es propia al diseño original de la intervención; la falta de un patrón estratégico común para los procesos formativos, con evidente riesgo de caer en la dinámica de la “talleritis” o de las capacitaciones aisladas en sus fines. El esfuerzo de aglutinar procesos de capacitación propuestos por las diferentes acciones del Convenio en una misma lógica, ampliando alianzas interinstitucionales que lo haga posible, ha sido sin duda un elemento crucial en la dinámica de trabajo de la estructura regional que Medicus Mundi establecida para el Convenio aquí sistematizado.

Esta estrategia fue diseñada a partir de un diagnóstico previo realizado sobre las necesidades formativas del personal de la Secretaría de Salud, personal voluntario y de los y las usuarias en materia de Salud Sexual y Reproductiva y por lo tanto, se construye en base a unas necesidades reales. Fue este diagnóstico lo que permitió seleccionar unos contenidos determinados, una metodología y el enfoque del proceso, a parte de los criterios y requisitos para participar. Así, con todo ello, resultó ser muy satisfactorio y motivador para los y las participantes, en cuanto vino a fortalecer sus conocimientos e incluso aportar nuevos, influyendo de forma positiva en el funcionamiento de la misma Unidad de Salud.

“El curso de expertos vino a enriquecer todas aquellas cosas que las Unidades de Salud no sabían, se trabajó con personal que tenían más amplitud y mas conocimiento en los temas relacionados para hacer énfasis en la mejora de la atención” (Casa Ixchel. Honduras)

Aunque no se parte de un diseño previo de una estrategia de formación, es importante destacar también los procesos desarrollados en El Salvador y en Guatemala, los cuales comparten el interés y la necesidad por la formación sistemática al personal de salud de atención primaria; El Salvador en forma de diplomado y en Guatemala como proceso de inducción al Modelo Incluyente de Salud (MIS), modelo de atención primaria que pretende institucionalizarse como organización de servicios por el Ministerio de Salud guatemalteco. El caso de Nicaragua, en Matagalpa, requiere también una mención especial en el sentido que fue el único proceso diseñado en toda su estructura desde el inicio del Convenio y no como necesidad surgida en el proceso.

De la misma forma que Honduras, en El Salvador se realiza también un diagnóstico previo, a partir del cual se identifican las necesidades formativas del personal de salud sobretudo en materia de SSyR. Cabe decir que en un inicio no se había planteado esta formación en la temática para el personal de salud, pero en vista de las debilidades detectadas se decide iniciar este proceso, consensuando los contenidos, materiales y metodología a trabajar en función de las necesidades.

Fue ahí donde se toma la decisión de utilizar también la estrategia de réplicas, pero no con una visión de continuidad y transferencia de conocimientos sino más bien como una necesidad de cobertura.

“No podíamos llegar a todas partes y se utilizó la estrategia ... inicialmente no se planteaba así, se planteaba más directa, pero vimos que no llegamos a todas las partes entonces nos planteamos el efecto multiplicador”. “...teníamos que empezar por el personal de salud, de nada servía que fortaleciéramos grupos y ellos miraran, capacitémoslo y los dejemos responsables a cada uno de su grupos” (Equipo técnico acción 1 y 2. El Salvador)

Esta estructura de réplica careció de un proceso claro de monitoreo por parte de los equipos en El Salvador, la dimensión geográfica en las que se dieron las réplicas y las limitaciones de recursos y personal han imposibilitado un claro control de la calidad de un proceso de diversificación del conocimiento en el que, como se coincidió en una visita de asesoría realizada con la persona responsable del seguimiento por parte de la OTC/AECID El Salvador, corre el riesgo de perder calidad, a modo de costes de dicha transferencia.

Como hecho diferencial y significativo, El Salvador destaca que en la Acción 2 se ha capacitado a todo el equipo de los ECOS Familiares, hecho que enriqueció la construcción colectiva de conocimientos y favoreció la integración de los equipos, al mismo tiempo que ejemplariza la necesidad de adaptación que las acciones en El Salvador vivieron con la puesta en marcha de La Reforma sanitaria iniciada en el 2009. Esta visión es importante en tanto que todas las personas que trabajan en un Centro de Salud están en contacto con las y los usuarios y por tanto es básico que tengan conocimiento de ciertas temáticas y enfoques para una atención de calidad y calidez, desde las primeras personas que atienden a las mujeres que llegan, hasta las y los médicos. Es por ello la importancia de la formación para todo el personal a modo que todas y todos se sensibilicen en temas de género, DSyR, VIH, ITS..., participando conjuntamente en los procesos.

Es un hecho la jerarquía existente en el propio sistema de salud, reproduciéndose hasta en las estructuras de atención primaria, donde el o la médico se atribuye y le son atribuidas una serie de privilegios que lo sitúan por encima de los y las demás. Este tipo de procesos contribuyen a quebrar estas situaciones, deconstruyendo las relaciones de poder y favoreciendo un sentimiento de pertenencia al equipo y al propio sistema, del cual todas y todos forman parte y tienen su nivel de responsabilidad.

“Se vio fortalecido el trabajo en equipo, porque en las capacitaciones se involucraron los equipos completos y todos vamos viendo hacia la misma dirección... Allí mejoró la comunicación entre los equipos de los ECOS familiares porque al principio no fluía la comunicación antes del curso pero, después del curso se dieron cuenta de la importancia de esto para resolver el problema de salud, los lazos de comunicación si no existían, se dieron y si ya existían se fortalecieron” (Personal de salud. El Salvador)

Además, resultó enriquecedor partir de las diferentes experiencias y prácticas para construir conocimiento. Es decir, en este caso en concreto, normalmente la enfermera o el polivalente suelen ser parte de la comunidad y por tanto al estar inmersos en ella tienen una visión de la realidad diferente a la que pueda llegar a tener un o una médica que normalmente viene de fuera de la comunidad y va conociendo el contexto a través de su práctica diaria.

En Guatemala fue en Guineales (acción 11) y Quezaltenango (acción 3) donde también se hizo un proceso de formación al personal de salud. En el caso de Nuevos Horizontes si bien no fue planificado de antemano como en Honduras, surge a raíz de los resultados del diagnóstico, que evidenciaron ante todo la gran debilidad en el personal de salud para la detección y atención de mujeres que enfrentan violencia. Aunque podría decirse que fueron sistemáticos, al desarrollarse de forma secuencial a lo largo de los años, no se conciben como una

lógica de proceso, en tanto se estructuraron como capacitaciones sueltas sin ninguna continuidad entre ellas. Estos talleres fueron impartidos a las y los coordinadores de los Distritos de Salud de tal forma que fueran estos las y los encargados de las réplicas, estrategia que vuelve a aparecer, pero en este caso pensada para transferir los conocimientos también a personal del Ministerio, concretamente al personal de los puestos de salud.

En el caso de la acción 11, aunque el proceso fue relevante y significativo, no tuvo el papel protagónico que ha tenido en los demás países puesto que se orientó como un proceso de inducción indispensable para el conocimiento y puesta en práctica del Modelo Inuyente de Salud que se trabajó en la zona de Boca Costa de Sololá, en la comunidad de Guineales.

En esta misma acción, el personal capacitado, pertenecía al primer nivel de atención, en este caso al personal de los puestos de salud, por lo que se capacitó también a los y las técnicas en salud rural y a otro personal que hacía trabajo comunitario. Esto se diferencia del trabajo que se hizo en Honduras donde el personal formado fueron sobretodo enfermeras o auxiliares de enfermería. Tal es el caso que las y los mismos participantes de este proceso de Honduras expresan haber sentido la falta de médicas y médicos, personas con una rol protagónico en las Unidades de Salud. En algunas situaciones esto fue debido a que algunos o algunas doctoras no pudieron participar por no ser parte del sistema de salud y estar trabajando por contrato, a pesar de que fue uno de los criterios definidos en la estrategia. Sin embargo, sí hubo un proceso de capacitación con una currícula aprobada por el Ministerio de Salud orientada a auxiliares de enfermería.

En la acción 10 de Guatemala se realizan diferentes procesos formativos sueltos pero sin ninguna lógica de proceso sistemático y globalizador. Si bien es cierto que se desarrollaron diversas capacitaciones a diferentes niveles con el personal del Ministerio (directores/as de distrito, técnicos/as de salud, técnicas/os rurales, personal del hospital), éstos no tuvieron conexión entre ellos, siendo específicos en función de las necesidades y solicitudes prácticas de cada uno de los grupos y respondiendo a solicitudes de los propios servicios de salud o como necesidad para la operativización de componentes que le eran propios a la acción.

Por último, es importante destacar la formación del personal del Sistema de Atención de Salud de Matagalpa, el cual se conforma como un proceso académico y estructurado para asegurar la extensión de los servicios sanitarios públicos y brindar en última instancia mejor atención a la población. Este proceso formativo, de alta valoración por participantes y gerencias de los servicios del SILAIS no tuvo una estrategia concreta de replicación en el resto del personal del SILAIS, con el consecuente riesgo de diluir su impacto en el conjunto de los servicios que se perseguía fortalecer.

A nivel metodológico, en cada uno de los procesos realizados se han utilizado diferentes técnicas y herramientas para generar la reflexión y el análisis, utilizando metodologías y técnicas participativas adaptadas a las necesidades de cada una y uno de los participantes. Aún las especificidades contadas anteriormente, tanto en El Salvador como en la zona de Atlántida y Cortés de Honduras, se trabajó la teoría conjuntamente con la práctica, de forma que todo lo que se desarrollaba en una sesión pudiera ser puesto en práctica, para poder partir de ahí en la siguiente sesión.

“En uno de los contenidos por ejemplo tratamos lo de determinantes de la salud, una experiencia en Analco, fue que nosotros teníamos el problema de la quema de la basura, entonces hicimos ese proyecto donde se hizo el ordenamiento, la limpieza, la pinta de árboles, se hizo todo un proyecto en un sector pequeño donde nos funcionó, entonces para nosotros fue de mucha satisfacción porque eso que aprendimos lo pusimos en práctica ahí y la comunidad estuvo satisfecha al igual que nosotros” (Personal de salud, El Salvador)

En El Salvador, esta metodología tenía un enfoque más basado en la educación de adultos o el enfoque de educación popular en la que se partía del análisis de la propia realidad y experiencias de las y los participantes para contrastarla con la teoría y construir nuevos conocimientos a partir de volver a la práctica y analizarla. De esta forma, a través de los ejercicios prácticos se confrontaba con la realidad y las propias experiencias, facilitando la toma de conciencia de esta realidad y que los conocimientos se convirtieran en aprendizajes significativos para favorecer cambios. El objetivo claro desde las dos acciones del Convenio desarrolladas en El Salvador desarrollar un proceso que generara sensibilización y compromiso social.

“hubieron estrategias que nos facilitaron el proceso, una de ellas fue partir de la enseñanza de adultos, se basa en contrastar las vivencias y su realidad con la teoría que se le daba sobre los diferentes temas y luego ellos a través de su experiencia diaria contrastasen la teoría a través de los ejercicios, fue una situación que favoreció el proceso porque ellos tenían que diagnosticar en equipo una experiencia o situación del área, aunque no siempre se podía hacer en profundidad, pero luego tenían que teorizar sobre esa situación concreta e intervenir sobre ella desde la contrastación teoría-realidad que previamente habían hecho”. (Facilitadores del diplomado, El Salvador)

Se destaca como importante tanto en Honduras, como en El Salvador y en Nicaragua el hecho de hacer evaluaciones continuas, realizadas después de cada módulo. Esto a la par que servía de retroalimentación, facilitaba herramientas para readaptar los contenidos y las metodologías.

El resto de procesos, a pesar de no haber sido sistemáticos, han estado en cierta medida impregnados también por el enfoque de educación popular, sin embargo al no tener una visión de proceso podrían haberse quedado en una mera aplicación de técnicas y herramientas de este enfoque, las cuales favorecen en todo momento la motivación y la participación. Aún así, podemos destacar aquí el trabajo que desde la Acción 10 se realizó con el personal de salud, para proporcionarles herramientas metodológicas de educación popular que les permitieran un mayor y mejor acercamiento hacia las comunidades.

“...sobretudo fue la metodología de como darles los mensajes a las comadronas, se trabajó mucho la metodología de la educación popular, hicimos unos flujogramas para que ellos antes de cada taller siempre prepararan su guía metodológica y recordarles que los conceptos técnicos deben ser trasladado de forma más sencilla a la población” (Equipo técnico acción 10, Guatemala)

Es en ese sentido, que tenemos que valorar éstas metodologías, no como simple herramienta para la motivación sino como técnica para la reflexión y el análisis. En muchas ocasiones, se equiparan estas técnicas participativas y populares a algo vago, sencillo y de baja calidad no viéndose adecuadas en función de a quien van dirigidas. Es por ello, que cuando se piensa en doctores y doctoras se busca en muchas ocasiones elementos tecnológicos y materiales de calidad y cuando se piensa en la comunidad, cualquier cosa está bien. En este sentido un taller a, por ejemplo doctores y doctoras, puede perder en reflexión y análisis y por tanto en última instancia también en calidad.

“La metodología utilizada en las capacitaciones ha sido netamente participativa, el lenguaje utilizado por los facilitadores ha sido comprensible para todos y todas, no andaban con terminología técnica médica, todos entendíamos y eso fue importante” (Personal de salud, El Salvador)

Los contenidos trabajados en cada uno de estos procesos llevados a cabo por las distintas acciones en los países se basaron todos en temáticas relacionadas con la SSyR, encontrándose especificidades en cada uno de éstos en función de las necesidades y la realidad del contexto. Cuando hablamos de contenidos, no podemos desligar éstos de la realidad en la que se interactúa, de la cual surgen las necesidades, los problemas y los intereses y de ahí los contenidos.

Si bien todos estos se trabajaron bajo un **enfoque de género**, no se hizo desde una construcción conjunta y unificada entre MM y las Socias Locales, ni se profundizó y trabajó de la misma forma. En relación a los enfoques, señalamos países como Honduras y Guatemala donde se trabajó además el enfoque de interculturalidad.

Es importante destacar que para viabilizar el desarrollo de contenidos los esfuerzos formativos se ligaron, tanto en Honduras como en El Salvador y Nicaragua, a la organización de estructuras modulares facilitadas por expertos/as en cada tema, expertos/as que en el caso de Honduras y El Salvador fueron contratados de manera individual, asumiendo la lógica general del desarrollo del proceso formativo en una estructura centralizada conformada por Socias Locales, representantes de Ministerios de Salud de referencia; son estos espacios de cogestión los que articulan en un mismo continuo formativo los diplomados y cursos; en el caso de Nicaragua todo el proceso formativo es negociado directamente con una institución de prestigio (el Centro de Investigación y Estudios de la Salud, de la Universidad Nacional de Nicaragua), permitiendo añadir componentes de Salud Sexual y Reproductiva en la maestría de salud pública que finalmente se impartió a personal del SILAIS Matagalpa.

En Guatemala, en la acción 11, como ya se ha explicado anteriormente, el proceso formativo estuvo orientado a la puesta en marcha de un Modelo de Salud promovido por Medicus Mundi durante años, y por tanto todos los contenidos estuvieron orientados a la puesta en práctica de este mismo modelo, centrados en 4 perspectivas centrales como la de género, medio ambiente, interculturalidad y derechos. Se trata entonces de un esfuerzo de transferir conocimientos y habilidades que han sido claves en el desarrollo del Modelo Incluyente de Salud en otras zonas de Guatemala.

En la acción 3, en el proceso impulsado por Nuevos horizontes contemplaron una batería de temáticas tales como: la atención a sobrevivientes de violencia, Derechos Sexuales y Reproductivos, Salud Reproductiva y el marco legal. Se socializaron además los diferentes instrumentos (manuales de capacitación en violencia, en Salud Reproductiva y en violencia sexual, estrategia de sensibilización información y atención) con el objetivo de dar a conocer herramientas para posibles réplicas. Aunque estas temáticas estaban pensadas para la réplica, no existió por parte de Nuevos Horizontes una intencionalidad en el seguimiento, transfiriendo así la responsabilidad al Ministerio.

En El Salvador, la experiencia de lo que se llamó diplomado, se realizó bajo el contexto de la nueva Reforma de Salud que está impulsando el Ministerio, con un enfoque muy claro de derechos. Aunque al principio se planteó como un curso de SSyR, no se quiso limitar solamente a este enfoque, aunque era la esencia, porque se consideró que había temáticas que no se podían dejar de lado para poder hacer un mayor análisis (los determinantes de la salud, la participación social en el marco de La Reforma, educar desde la construcción de saberes...). Es importante que en este diplomado se vio la necesidad de hacer un abordaje integral que implicara un enfoque de la SSyR, no solamente desde la parte reproductiva.

“...de que me sirve que se trabaje SSyR si no tiene un contexto más amplio. fue una experiencia bien bonita, con un enfoque más integral ...” (Personal de salud, El Salvador)

Los contenidos fueron adaptados a la realidad que se estaba viviendo desde el Ministerio de Salud, a los equipos comunitarios y a la misma dinámica de construcción de un modelo distinto basado en la atención primaria donde se pudiera construir derecho a la salud como una obligación del estado, creando competencias para llevarlas a la práctica.

Igual que en Guatemala, el tema de género se trabaja como módulo específico a diferencia de Honduras que simplemente se trabaja de forma transversal como enfoque.

En Nicaragua, los contenidos abordados en las diferentes fases y módulos de la maestría, tuvieron un componente bastante biomédico con enfoque de salud pública, pero fue importante el hecho de que se consiguió introducir en una maestría de salud pública un módulo sobre SSyR.

En Honduras, se desarrollaron 12 módulos, que abarcan diferentes temáticas para el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva de forma integral. Estos contenidos extraídos del diagnóstico, estaban íntimamente relacionados con la realidad del contexto concreto. Destacan módulos como el de la violencia como problema de salud, la SSyR en los adolescentes, el VIH sida y el tema de la interculturalidad. Para ello se buscaron a facilitadoras expertas en el área de multiculturalidad para que pudieran incorporar en los contenidos referidos a la atención, aquellas prácticas que la gente tiene en sus comunidades. Una experiencia a destacar es que, en las capacitaciones realizadas por parte de ENMUNEH fue la misma comunidad la que participó en la facilitación, dramatizando la forma en la que eran atendidos/as y discriminados/as en el Centro de Salud, como en el caso de personas portadoras del VIH.

“...por ejemplo cuando tienen sus hijos ellas utilizan ropa roja porque dicen que eso ahuyenta los malos espíritus, si se pone un cinta roja alrededor del abdomen.... ellas buscan la atención de una partera porque dicen que es mejor en casa porque la partera no le dice nada y en el hospital las regañan (...) se trabajó para hacer ver que si la gente está dando atención a este tipo de población hay que respetarle sus creencias y prácticas, porque no están aceptando ni al niño ni a la madre” (Consultora estrategia formativa)

De manera inicial los contenidos trabajados en las diferentes acciones formativas desarrolladas en la acción 10 de Guatemala no contaban con un enfoque claro en materia de SSyR, ni con estrategia previa para el desarrollo de los mismos. Más bien estos contenidos se fueron adaptando en el camino en función de las propias demandas del personal de salud, realizándose un esfuerzo por integrar el enfoque de género, principalmente en los materiales de apoyo elaborados para las capacitaciones

.En los talleres a las y los directores de los distritos a parte de un contenido de medicina legal, el resto de contenidos demandados por ellas y ellos mismos estuvieron relacionados con habilidades sociales para la transferencia de conocimientos a la población (cómo mejorar la comunicación, cómo trasladar mensajes, metodologías de educación popular...), elementos no relacionados directamente con la SSyR pero sí con la atención a la población, elemento indispensable de calidad y calidez. Lo mismo pasó en las capacitaciones al personal del Hospital de Sololá, las cuales en un inicio estaban orientadas a emergencias obstétricas, pero por la realidad del centro se cambiaron hacia capacitaciones sobre valores humanísticos orientados al trato y atención de pacientes. Las capacitaciones al personal técnico como auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales se desarrollaron desde una visión biomédica en el ámbito materno infantil, como por ejemplo el manejo de complicaciones maternas neonatales.

El proceso que más se destaca, fue la formación en todo el sistema de referencia y contrareferencia, temática a la que también se dio mucho énfasis en la acción 11 del mismo país.

Continuando con el enfoque de género, si bien se ha trabajado en todos los países se considera que, en general es algo que falta todavía profundizar debido a las mismas construcciones genéricas, mitos y tabús bien arraigados en la sociedad. En este sentido es posible pensar que la falta de un claro enfoque de género en el diseño original del Convenio, y en determinados casos la ausencia de perfiles técnicos con especialidad en el tema, permitió la discrecionalidad a la hora de plasmar dicho enfoque en el contexto de los procesos formativos puestos en marcha en los cuatro países de referencia al Convenio. De esta forma, si bien ha habido módulos y contenidos de género, no se ha trabajado de forma transversal como eje en todos y cada uno de los contenidos, dependiendo en ocasiones de el o la facilitadora responsable de los módulos.

Se evidencia así la necesidad de profundizar a la hora de desarrollar procesos formativos en relación a la SSyR desde un enfoque de género, ya que trabajar desde este enfoque no implica una simple transmisión de conocimientos e información, sino una experiencia que busque deconstruir en cada uno y una de las participantes los numerosos mandatos a los que somos sometidas por el solo hecho de haber nacido mujer u hombre, para lo que se hace imprescindible partir de la práctica de cada quien, pasando la teoría por el propio cuerpo, por las vivencias personales, provocando así cambios más reales, no solamente en el espacio público, sino también en el ámbito personal y privado. En las diferentes experiencias, formativas algunas de las temáticas relacionadas, como la violencia, los derechos sexuales, sirvieron para tomar conciencia de sus prácticas, de sus actitudes y de su realidad pero no con el suficiente nivel de profundidad como para modificar dichas prácticas y actitudes.

“...Las mismas mujeres que son profesionales y que están trabajando en atención de mujeres se daban cuenta de las situaciones de violencia que han vivido y que no se daban cuenta...”. (Personal de Salud, Honduras) “En relación al enfoque de género se habló de esto, pero en la practica es muy difícil, porque en las comunidades tienen los estereotipos muy marcados. Se trató de incorporar la equidad” (Consultora Estrategia Formativa)

Es importante destacar también como, el mismo enfoque, debido también a los diferentes tabús y creencias generadas por la religión y una cultura patriarcal conllevó al inicio algunas resistencias en algunos y algunas participantes de los cursos.

Algunas de las acciones, como es el caso de la acción 10 en Guatemala y la acción 4 en Honduras realizaron intentos incipientes en relación a algunos de los temas más controversiales como la diversidad sexual, los métodos de planificación familiar y el aborto. En relación a la violencia de género se identificó en muchos casos, cómo la construcción genérica y el modelo hegemónico de masculinidad invisibiliza las situaciones de violencia, normalizándolas e incluso legitimándolas

“...si hubo resistencia porque no es lo mismo aplicarlo que decirlo. Es normal que la violencia de género suceda en determinado lugar como en casa pero a veces en los mismos Centros de Salud son violentadas porque no reciben lo que deben recibir” (Personal de salud, Honduras). “si hubieron diferentes reacciones y me atrevería a decir que en cuanto a los polivalentes, las enfermeras ellos lo vivieron más distante porque no les toca tomar decisiones como estas (refiriéndose denuncia en casos de aborto), pero en cuanto a los médicos si, ellos se sintieron más tocados e incluso un médico de santa Ana me habla del derecho del no nacido, pero después de revisarlo tengo las herramientas y conocimientos y espero que no me toque tomar una decisión de estas” (Facilitador diplomado El Salvador)

Sin embargo, a pesar de la incomodidad de los temas por creencias personales, se reconoce una apertura en las y los participantes para conocer herramientas de abordaje y poder realizar profesionalmente su trabajo, mejorando la calidad de su atención. Pero esto puede implicar un riesgo, en el sentido que, para generar

cambios reales de actitud, es necesario tomar conciencia y en determinadas situaciones se puede, de forma inconsciente, a modo de currículum oculto, manifestar los estigmas y tabús.

“sobre esos temas controversiales si hubo apertura, lo comprendieron y si hubo poca gente muy religiosa que cuestionó el tema o no se atrevieron a decir y respetaron el pensar de los otros..., y creo que quedó claro que una cosa es mi pensar como fulanito de tal y otra es mi papel como representante de salud, lo que debo de brindarle a la población que me demanda en función de mi profesión y capacidades que yo tengo independiente de mi iglesia..., que algunos dijeron abiertamente y expresaron... ¡bueno yo no estoy de acuerdo con la anticoncepción pero mi trabajo es este y tengo que hacerlo!” (Facilitador diplomado, El Salvador)

Por estas mismas razones es importante darle énfasis al enfoque de género en el desarrollo de todos los contenidos, lo que implica una decisión clara del tipo de abordaje de género, su perspectiva y la metodología a utilizar para trabajarlo. Se puede conocer mucho sobre el tema, pero día a día una y uno se enfrentan a una realidad donde son vigentes las relaciones de poder y el control ejercido por el patriarcado y donde determinadas prácticas como la violencia contra las mujeres, se justifican y se normalizan. Es por ello, que el trabajo de la SSyR pasa ante todo por una sensibilización real del enfoque de derechos y de género.

En este sentido según se expresa, hubiera sido necesario abordar el enfoque de género desde una perspectiva más feminista en la cual se parte del análisis de la situación real de las mujeres y de su construcción desde un sistema patriarcal que las controla y las oprime. Es así como cada uno de los contenidos trabajados se analizan desde este sistema patriarcal y desde el control que éste ejerce en la construcción de los géneros y las repercusiones que ello conlleva. Un análisis de estas características facilita el empoderamiento de las mismas mujeres en todos los procesos.

“...faltó profundizar más en los enfoques de género desde nuestra cultura e ideologías feministas y hacer un planteamiento, político, social y cultural que ayude al empoderamiento más fuerte (...) el proceso fue muy bueno para que la gente identifique donde está su estado pero hay que seguir haciendo énfasis en estos procesos...” (Directora Casa Ixchel)

Trabajar por ejemplo la Salud Sexual y Reproductiva con los y las adolescentes, no se trata simplemente de conocer el tipo y uso de los métodos anticonceptivos para prevenir los embarazos no deseados, esto es una información conocida por la inmensa mayoría de la población adolescente de la región, sino que es necesario un análisis de las relaciones de poder que se pueden establecer entre un hombre versus una mujer joven en el uso de estos anticonceptivos y en las relaciones sexuales. A estas alturas de la promoción de la salud el problema principal en el análisis de los embarazos no deseados o las ITS no es saber que una relación sexual sin protección supone un riesgo a la salud, sino deconstruir relaciones de poder permitiendo a la mujer tomar decisiones sobre su cuerpo y sobre su futuro.

Es importante, cuando se habla de género en salud, tener en cuenta como la construcción genérica, los estereotipos, roles y mandatos de género influyen en el cuerpo de las mujeres y en el desarrollo de sus enfermedades. Si obviamos estos elementos, cabría la posibilidad de tener diagnósticos erróneos y a la terca insistencia de la mayoría de estrategias de promoción de la salud que parte del error de considerar a la población desconocedora de la información esencial; de esta manera a lo largo del Convenio era más evidente que los procesos formativos estimulaban la ruptura a principios adultocentristas y biomédicos que empapan las propias estrategias de promoción de la salud que luego pone en marcha el servicio sanitario.

Si bien se han ido destacando ya algunas limitantes propias de estos procesos desarrollados en los diferentes países, señalamos algunas más concretas a las que todavía no hemos hecho referencia. Señalaremos pues

en ese apartado, aquellas referidas solamente a la formación con el personal de salud, para nombrar más adelante, al final del siguiente apartado aquellas limitantes más generales del global de los procesos.

En relación a esto, señalamos concretamente la **falta de involucramiento** en un inicio por parte de la Secretaría de salud de Honduras al no visibilizar el proceso como una fortaleza para su propio personal de salud que contribuiría a la mejora de la atención de las mujeres. Esto llevó a una falta de compromiso e involucramiento por parte de algunos de los responsables en el proceso.

El hecho de trabajar con personal médico, generó, al principio, algunas **resistencias** que poco a poco se fueron subsanando. En primera instancia, **la visión medicalizada** de mucho del personal de salud participante resultó un esquema difícil de romper en algunas ocasiones y que generaba choques con los enfoques planteados en la formación. Sin embargo, se propiciaron en las y los participantes ciertas dudas y cuestionamientos que se convirtió en un germen en la creación de conciencia.

“El concepto que ellos tenían de un ECO, era que en una Unidad de Salud la gente llegaba y demandaba servicios y que en el ECO es ponerlo más cerquita de la comunidad pero que en la comunidad igual se iban a ir a sentar para esperar a que la gente llegue a demandar, no era el concepto de la promoción de la salud, que está más enfocado en la prevención de la salud, si no más bien que siempre lo seguían enfocando en la atención del problema de salud, o sea atención clínica” (Personal de Salud, El Salvador)

Otra de las resistencias que actuó como limitante fue la **falta de interés inicial** en participar en los procesos formativos, debido en algunos casos a la percepción de que ya estaba todo aprendido y en otros a la sobresaturación de los procesos a los que deben asistir por mandato institucional.

“...siento que la profesión siempre tiene como un ego muy desarrollado y que alguien les vaya a decir, ¡tienen que hacer esto o esto!” (Equipo MMN)

El hecho de participar en la formación **impidió en la mayoría de casos permanecer en su puesto de trabajo.**

“...para recibir la inducción dejábamos de hacer el trabajo pero para lograr lo que hemos logrado teníamos que sacrificar un poco. Sabíamos que era bastante cansado porque teníamos que cumplir al patrón, que era el Ministerio, pero también al modelo. No nos arrepentimos porque hemos logrado mejorar bastante” (Personal de Salud acción 11, Guatemala)

En el caso de la acción 3 en Quetzaltenango, la centralización de los procesos formativos en la cabecera departamental aparece como limitante en el sentido que al ser un departamento amplio restringió la participación de algunas personas

FORMANDO AL PERSONAL COMUNITARIO

Los procesos formativos comunitarios han sido una de las estrategias centrales en todo el Convenio pues se han llevado a cabo en casi todas las acciones de todos los países, con excepción de la acción 6 en Nicaragua (cuyas actividades de trabajo formativo en el ámbito de la comunidad deriva de la previa formación del personal del SILAIS en su maestría, pero que no consta en metas específicas del Convenio, en este eje formativo, sí en los procesos de participación social). Se evidencia un interés común de llevar los procesos a las comunidades para que se puedan generar cambios reales tanto a nivel personal, colectivo y comunitario revalorizando la importancia de las comunidades no solo como demandantes de sus derechos sino como autogestoras de su salud.



El personal comunitario que ha participado en los procesos formativos ha sido diverso, dependiendo de la naturaleza y objetivos de la organización e institución y de la misma acción planificada.

La mayoría de éstos se han desarrollado de forma sistemática, siendo, como ya se comentaba anteriormente, parte de una estrategia en el caso de Honduras o simplemente como parte de una planificación previa por parte de las y los facilitadores del proceso. Con esto último nos referimos al hecho de que muchas de las capacitaciones realizadas a grupos comunitarios no tuvieron al inicio una estrategia definida, pero se planificaron en el transcurso del Convenio en base a unas necesidades, con sus objetivos, contenidos, metodología y tiempos. Tal es el caso de la acción 3 de Guatemala, acción 1 y 2 de El Salvador y acción 7 Nicaragua. En el caso de la acción 3 cabe mencionar la estructuración, en negociación con la Asociación de Comadronas y el Ministerio de Salud, de un proceso formativo destinado a la capacitación de comadronas; esfuerzo que finalmente culminó con el reconocimiento oficial del proceso por parte de la instancia del Ministerio de Salud. Se trata de un trabajo de coordinación e incidencia especialmente valorable por las resistencias iniciales que el propio Ministerio de Salud tuvo para aceptar una currícula formativa que combinaba conocimientos y prácticas que le son propias a la atención segura en el embarazo, parto y puerperio, con criterios que le son propios a la cosmovisión maya y el rol de la comadrona tradicional.

En la acción 4 de Honduras, como parte de la estrategia comentada anteriormente, los y las voluntarias fueron capacitados en las mismas temáticas que fueron capacitados el personal de salud, pero con alguna que otra adaptación en función de las necesidades e intereses comunitarios. Este personal voluntario, ligado de alguna forma a la Secretaría de Salud era el responsable de hacer la réplica de las temáticas con diferentes grupos comunitarios. Si bien el personal de salud, desarrolló la mayoría de réplicas dirigidas al personal voluntario, estos y estas en el momento de la sistematización continúan con ellas.

En El Salvador encontramos un punto en común con Honduras en cuanto a que el traslado de la información y los conocimientos trabajados se hacen a través de réplicas. Es el personal de salud el encargado de realizar la formación con mujeres, jóvenes, ADESCOS, parteras... Sin embargo este proceso de réplica, como ya se ha comentado en el apartado anterior tiene sus debilidades en cuanto a la transferencia de conocimientos si no va acompañado de un seguimiento que garantice la continuidad del proceso y la transformación real en

las comunidades, convirtiéndose en un reto estratégico para futuras actividades formativas que partan de dichas acciones de replicación.

Diferenciamos también el tipo de facilitadores/as que se han tenido en cada una de las acciones, siendo en algunos casos el personal de salud previamente capacitado (Honduras, El Salvador y la acción 11 de Guatemala) y en otros, los miembros de las organizaciones locales contratados en el Convenio para esta función (Guatemala acción 3 y Nicaragua acción 7).

En general, la metodología más utilizada fue una metodología participativa, vivencial y adaptada a las necesidades de los grupos, basada en los principios de la educación popular. Esta metodología les permitía partir de las experiencias concretas de las y los participantes, facilitando la toma de conciencia de su realidad y la construcción colectiva de conocimientos. Sin embargo, diferenciamos también el tipo de técnicas utilizadas por ejemplo en Honduras para las y los voluntarios/as y para los grupos comunitarios, pues hasta el momento, para estos últimos se hizo más en formato charlas.

Ocurría lo mismo cuando las demás organizaciones o instituciones tenían que trabajar en las escuelas, debido al tiempo que les cedían en el centro educativo. Puntualizamos nuevamente aquí, que el hecho de utilizar técnicas participativas provenientes muchas de ellas de la Educación Popular no implica estar utilizando el enfoque. Utilizar un enfoque de Educación Popular implica un análisis de la realidad como forma de partida de tal manera que se construyan conocimientos de forma colectiva, lo que implica una transformación de dicha realidad, tanto a nivel personal como colectivo y del entorno. La educación popular implica una praxis política transformadora. En este sentido, en la mayoría de talleres se han utilizado algunas técnicas para generar reflexión y participación, elementos esenciales del enfoque, pero no siempre ha habido conscientemente ese análisis político de la realidad para trabajar la SSyR.

Según algunos informantes, la metodología utilizada era la constructivista, la cual se basa en diferentes teorías psicológicas, pedagógicas, filosóficas... para afirmar que el aprendizaje se produce en la interacción entre el medio y las disposiciones internas y que los procesos formativos se basan en facilitar herramientas a las y los sujetos y el apoyo necesario para que construya su propio conocimiento sin embargo, este enfoque carece de la dimensión política y no busca la transformación de la realidad.

Si bien, los dos enfoques mencionados hacen referencia a la “construcción de conocimientos”, la diferencia radica en el cómo se construyen estos conocimientos y en el para qué. Por ello, es necesario hacer una revisión de la metodología a utilizar y elegir en función de intereses y necesidades. Sin embargo, teniendo en cuenta los objetivos del Convenio y la visión de transformación que se quiere alcanzar con los procesos formativos, el enfoque constructivista se quedaría corto.

En relación a los contenidos cabe destacar la acción 4 en Honduras y 3 de Guatemala, en las que estos parten de un diagnóstico participativos previo, realizado para conocer las necesidades de la población, con especial interés en materia de SSyR. El hecho de que las mismas personas participen en todo el proceso de construcción y análisis es importante en cuanto problematizan su realidad, la comprenden y les proporciona herramientas para actuar sobre ella. Es a partir de sus necesidades, intereses y problemas que se deciden los contenidos a trabajar.

Destacamos como, algunas de las Socias Locales de ambas acciones (Casa Ixchel y Nuevos Horizontes) incorporan a este diagnóstico elementos que permiten la visibilización de la problemática de violencia contra la mujer existente en las comunidades.

En el caso de la acción 10, los contenidos trabajados estuvieron muy enfocados al funcionamiento de los Comités de Emergencia y a la construcción del plan de emergencia comunitario, dentro de los cuales se trabajaron los temas sobre DSyR, las 4 demoras y las señales de peligro. Señalamos aquí como elemento importante la coordinación con las prestadoras de servicio de Sololá a través del jefe del distrito que culmina con la entrega de carnets identificativos oficiales a las personas de los Comités formadas en este procesos, revalorizando su esfuerzo y ampliando su representatividad ante las instancias de salud.

Entre todos estos procesos de formación a la comunidad, se destacan a modo diferencial los realizados por la Asociación promoción y desarrollo de la mujer Acahual. En primera instancia por ser la única organización que trabaja en un territorio urbano y en segunda instancia es también la única que ha desarrollado procesos con diferentes grupos de diversidad sexual y trabajadoras sexuales, con las cuales se ha trabajado a través de promotoras. Los contenidos desarrollados no surgen de ningún diagnóstico previo, sino que ya disponen de 6 temáticas que promueven en función de sus objetivos en pro de los derechos de las mujeres.

El trabajo realizado en las comunidades se destaca el desarrollado en El Salvador (acciones 1 y 2) con las y los jóvenes, el cual (igual que el realizado con las mujeres) se inserta a partir de un programa ya existente en el Ministerio para trabajar con esta población, por lo que aprovecharon los contenidos ya planteados. En este sentido solamente se planificó la periodicidad de los talleres pero no se formularon ni los objetivos, ni los contenidos, ni la metodología, ciñéndose así a los lineamientos marcados aunque, como factor importante, se realizó un esfuerzo por incorporar el enfoque de género. En este sentido, no partió de un diagnóstico previo ni de las necesidades detectadas, pero se hizo un esfuerzo por parte del equipo para adaptar estos contenidos a las realidades de la comunidad. Las metodologías utilizadas y las temáticas impartidas resultaron de un gran interés para las y los jóvenes, los cuales, en ocasiones, llegaron a organizarse de forma autónoma para facilitar estos contenidos a más jóvenes.

El trabajo con grupos de jóvenes y mujeres no resulta aislado y ha sido una eje continuo en todo el Convenio para casi la mayoría de acciones. Estos dos colectivos aparecen como estratégicos para el trabajo en Salud Sexual y Reproductiva desde el enfoque de derechos, al ser los más vulnerados en su ejercicio y por la construcción sociocultural que existe en torno a ellos y ellas, al ser considerados “incapaces” de tomar decisiones y decidir por ellas y ellos mismos.

De forma similar a El Salvador, la asociación Nuevos Horizontes, desarrollo procesos formativos con jóvenes articulados con el Ministerio. Muchas escuelas demandan el apoyo del programa de SSyR del Área de Salud de Quetzaltenango, pero son éstos lo que acuden a Nuevos Horizontes por su especialidad en la temática. En este sentido se pone de manifiesto la debilidad del Sistema de Salud para tratar ésta temática tanto por falta de conocimiento como por falta de recursos.

“Lo que pasa es que los servicios de salud son llamados por lo maestros del nivel medio para apoyar en la temática de la salud sexual, generalmente es el encargado de promoción o la enfermera del servicio la que da respuesta a esa demanda, nosotros hemos visto que NH nos han apoyado porque tienen un personal específico para hacer esto, han elaborado y han revisado los contenido. Entonces NH nos apoyó con personal y con recursos, porque muchas veces hay que reunir a los grupos y el ministerio de salud no tiene recursos, cero recursos, o lo pone el estudiante o alguien más” (Personal de salud acción 3, Quetzaltenango)

Se destaca también la experiencia vivida con los y las voluntarias de salud de la zona de Atlántida y Cortés en Honduras. Esta experiencia novedosa, fue muy importante para el personal de salud y para el personal voluntario, los cuales se sintieron valorados y reconocidos en su trabajo. Este personal voluntario fue significativo y estratégico en el trabajo comunitario y de promoción de la salud de los Centros de Salud,

los cuales se ganaron la confianza de la comunidad y del mismo personal de salud. El trabajo realizado con ellas y ellos a raíz del Convenio (formación, compensación económica, entrega de material de emergencia, uniforme) les motivó en su trabajo en pro de la salud para mejorar la calidad de vida de las personas de la comunidad.

“...con los voluntariados fue un proceso bonito, aprendimos sobre el voluntariado, aprendimos sobre la disponibilidad de la gente a cambio de nada económico”, “la experiencia de la capacitación a los voluntarios fue una experiencia maravillosa. A mi me encantó. nos organizábamos de forma que nosotras capacitábamos a los voluntarios de Tela y los de Cortés a los voluntarios de Cortés” (Personal de salud, Acción 4 Honduras)

En todos los diferentes procesos desarrollados, si bien se han trabajado contenidos relacionados con la SSyR, no ha habido una claridad para trabajar éstos desde un enfoque de género en la práctica. Esto ha podido estar influenciado por diferentes factores que han coadyuvado en detrimento de dicho enfoque; falta de visión de enfoque como eje transversal que atraviesa todos los niveles del proceso formativo; metodologías inadecuadas donde solo se producen transmisión de conocimientos sin una reflexión ni análisis y por tanto un toma de conciencia real de la situación de opresión de las mujeres; falta de seguimiento de los procesos en cascada.

Es importante retomar el conjunto de estos procesos formativos para analizar de qué forma éstos contribuyen al fortalecimiento del sistema público de salud. Es ahí donde se reconoce el valor de la adquisición de nuevos conocimientos por parte de la población que conlleven a un cambio de actitudes y prácticas y que al mismo tiempo garanticen, el poder disfrutar con total libertad de una vida más sana, decidiendo sobre su cuerpo y su cuidado. Es por ello, que estos procesos, no pueden ir desligados de la formación al personal de salud y de insumos necesarios para poder aplicar toda la formación. Una persona formada, informada y empoderada, tendrá más herramientas para hacer valer sus derechos y ejercer su ciudadanía demandando responsabilidades al estado.

Si bien hay unas limitantes generales a nivel de procesos formativos, cuando hablamos de los procesos comunitarios, evidenciamos unas dificultades concretas fruto en muchas ocasiones de la realidad política, social y económica de las comunidades. En relación a estas dificultades, nos encontramos algunas que han sido comunes en todas las acciones y otras que son bien específicas por la peculiaridad de la misma acción.

Una de las limitantes más comunes en los diferentes procesos formativos de las comunidades han sido las **resistencias encontradas** en la gente por las temáticas impartidas. Hablar de sexualidad, de derechos sexuales, de métodos de planificación familiar, de VIH, etc. son todavía temas tabús en las comunidades que esconden muchos mitos y creencias erróneas.

“en las comunidades cuando vas a dar temas, la gente siempre tiene un tabú, máxime la gente mayor, recuerdo que una vez fuimos a dar una capacitación a una escuela, cuando se empezó a hablar de sexo, los señores empezaron a irse, porque según ellos no debían haber estado en ese lugar, porque ellos lo saben todo, eso es un problema de la gente mayor... Con respecto al uso del condón, es al joven a quien se debe de instruir, ya al hombre mayor no se puede hacer nada, porque el tiene sus propios paradigmas, sus tabús, es que es mejor carnita con carnita dicen ellos” (Voluntaria acción 4 Honduras), “...en otra comunidad con los COCODES decían que no se podía hablar de eso, porque cuando hablaban de salud sexual lo relacionaban al sexo, además la religión tampoco lo permitía.” (Equipo técnico acción 3, Guatemala)

Estas resistencias se han reflejado sobre todo en el trabajo en las escuelas, donde son las y los padres de familias los que en muchas ocasiones frenan los procesos, impidiendo la realización del trabajo e incluso invitando a las o los facilitadores a salir de la comunidad.

“...Se socializó la temática con los directores de la escuela, con las y los maestros/as y no hubo ningún problema pero después de dar los talleres las y los estudiantes socializaron en su casa lo que se había trabajado y me llamaron a una reunión de padres y familia y que no era posible, que eran ellos los que tenían que dar esta información y al final nos retiramos de esa comunidad” (Equipo técnico acción 3, Guatemala)

Todas estas resistencias, responden en la mayoría de los casos a esos mitos, creencias y tabús emanados del **sistema patriarcal** que ejerce control sobre los cuerpos y sobretodo los cuerpos de la mujeres.

Otras limitantes para las personas de la comunidad, más externas al Convenio, pero no menos influyentes, son aquellas que están relacionadas con la situación actual de las comunidades, como son **la inseguridad**, claramente creciente a lo largo de los cuatro años de ejecución, **la dispersión geográfica y la situación económica** las cuales, en ocasiones han dificultado el desarrollo de las capacitaciones que se iban a desarrollar.

“...vimos también que por las dificultades de la ubicación geográfica que tenemos, que hay muchos caseríos que no son de fácil accesibilidad... un mes la hacemos en un caserío otro mes en otro para involucrar a todos los adultos mayores y nos ha funcionado mejor” (personal de salud, acción 2 El Salvador)

En el marco del Convenio, **la aplicación de la normativa AECID**, sobretodo en lo referente a la duplicidad de listados de participantes, ha sido vivida como una limitante por parte de los equipos técnicos y facilitadores, en tanto generaba conflictos e incomodidades en los talleres realizados en las comunidades debido a que, o bien muchas de las personas participantes no podían escribir, o éstas mismas cuestionaban la duplicidad de fondos y la desconfianza generada por la masiva cooperación, no exenta de corrupciones, basadas en este tipo de listados.

“...no sólo es complicado llenarlo sino que la gente piensa que están duplicando costos...” (Equipo Técnico acción 3, Guatemala)

La falta de coordinación, apertura y compromiso por parte de los responsables de salud ha actuado de limitante en algunos de los procesos formativos en los diferentes niveles, pero en el caso concreto del trabajo comunitario se ha evidenciado por parte de algunas de las autoridades locales bloqueando los procesos. Tal fue el caso de algunos municipios de Guatemala (Panajachel y San Lucas) con los cuales ha sido imposible coordinar, vinculándose directamente con los COCODES. En relación a estas coordinaciones, también se tuvo problemas en la acreditación de las comadronas por ser menores de edad, problema que finalmente se resolvió, tras un intenso esfuerzo de la Asociación VIDA para lograr integrar contenidos en la currícula formativa estándar por las instancias de salud.

En algunas de las comunidades ha habido dificultad por llevar **un proceso continuo y sistemático** en el sentido que, en los grupos con los que se trabajaba no asistían siempre las mismas personas. Todo ello, dificultó, en algunas ocasiones a que la formación se pudiera desarrollar a nivel de proceso y por tanto ralentizaba los cambios en el interior de organizaciones que sufren la sangría de la discontinuidad de sus liderazgos.

“...el cambio constante de participantes y eran rotativos. Si hay 5 integrantes, por ejemplo a veces van dos y otras veces otros dos” (Equipo técnico acción 3, Guatemala)

Esta inestabilidad de personas, refleja en el fondo una **debilidad en la propia organización comunitaria**, como fue el caso por ejemplo de los COCODES en Guatemala, estructura organizativa basal en el ámbito de la comunidad y resultado de los acuerdos de paz que terminaron con la guerra civil que vivió el país durante décadas. El artificio del proceso organizativo generado, no reconocible desde la tradición indígena que mayoritariamente tiene el Departamento de Sololá, sumado a los procesos migratorios masivos que vive la población rural por su exclusión socioeconómica y el continuo de violencia y represión que describe las últimas décadas de Guatemala, contribuyen decisivamente en la explicación de la falta de solidez organizativa en las estructuras que fueron el centro del proceso formativo comunitario puesto en marcha en las acciones del Convenio.

Destacamos también en Guatemala que, **los diferentes idiomas hablados** en las comunidades dificultaron en alguna medida el desarrollo de algunos procesos. Si bien es cierto que casi todas las facilitadoras o personal comunitario hablaban las distintas lenguas se encontraron muchas veces, sobretodo en el caso de la acción 3, con varios idiomas a la vez, lo que hacía el taller repetitivo y más lento.

En el caso concreto de Honduras se destacan limitantes que están más relacionadas con las características propias de las y los voluntarios y con la organización política y social de las comunidades; **el escaso apoyo que reciben por parte de los patronatos** (organizaciones representativas de la comunidad) sobretodo cuando existen dos patronatos en una misma comunidad, uno reconocido por la municipalidad y otro por la OFRANEH (Organización Fraternal Negra de Honduras como representación garífuna). Lo que muestra un conflicto de intereses políticos y posiblemente multicultural ya que la OFRANEH representa a la comunidad garífuna con unos intereses concretos que no se ven representados por la municipalidad.

“Nosotras en nuestras comunidades no tenemos apoyo del patronato para nosotras” (Voluntaria acción 4 Honduras)

Otra limitante es la **atomización y falta de continuidad en apoyo de las organizaciones comunitarias** que se sufrió en los procesos de trabajo organizativo promovidos desde Guatemala y El Salvador, provocando que la transferencia de saberes de manera colectiva se dificulte, de tal manera que se imposibilita un filtraje completo de habilidades en toda la organización.

Otro efecto de esta debilidad organizativa y escaso anclaje entre personas y colectivos, se expresa mediante la discontinuidad del personal voluntario (acción 4) y de miembros de estructuras comunitarias (acciones de Guatemala y El Salvador), quienes en muchas ocasiones están dependientes de los apoyo externos de la cooperación.

“éramos aproximadamente 9 voluntarios, ahora solo quedamos 3, se han retirado las demás y me gustaría a mí que el grupo de Medicus Mundi volviera a capacitar otras personas para seguir adelante con el Centro de Salud, porque cuando hay voluntariado trabajamos más rápido con las doctoras y las enfermeras” (Voluntaria acción 4 Honduras)

Desde el Salvador se expresa el hecho de que al haber aprovechado los programas del Ministerio para los procesos con mujeres y jóvenes y **no contar con programas propios** tuvo una limitante a la hora de definir sus propios objetivos y metodología.

Existen además limitantes que han afectado a todos los procesos formativos llevados a cabo tanto con el personal de salud como, con personal comunitario; el principal ha estado relacionado con el **seguimiento y la evaluación**. Si bien, como se ha comentado anteriormente, en algunas acciones se contemplaron mecanismos de evaluación, éstos han estado débiles en la creación de indicadores de impacto para poder analizar realmente los cambios de actitudes y prácticas; la falta de estrategia, de planificación y de recursos humanos han supuesto una incapacidad en el seguimiento a la formación, hecho importante para poder analizar las bondades de la metodología en cascada (réplicas), la cual pierde fuerza sin mecanismos de seguimiento que puedan evidenciar la validez de la transferencia de conocimientos.

“Hace falta mucho trabajo para tener metodología específica como un individuo que recibe información y a lo mejor choca con sus ideas o creencias, (religiosa y cultura), no podemos decir que porque recibió información y lo grabó intelectualmente hizo un cambio, y cuando lo va a transferir no lo va a transferir como lo recibió o como lo digirió, para es no hay metodología diseñada”, “No sabemos en muchas ocasiones, qué calidad de transferencia se dio. No podríamos saber el impacto, aunque sí ha habido pero no podemos decir que es por nuestra acción” (Equipo técnico acciones 1 y 2, El Salvador)

Para el personal de salud de El Salvador **la carga de trabajo** ha sido una limitante en el sentido que se dificultaba el cumplimiento de las actividades del diplomado, especialmente teniendo que cumplir el trabajo en el Centro de Salud y en la comunidad.

“no es fácil que una sola persona haga todas las actividades, andar buscando estos adolescentes, estas mujeres de casa a casa, convencerlas para que vayan a la unidad de salud u otro lugar para darles esos temas y que ellas nos apoyen y que cuando nos convocan a reuniones irlas a solicitar de nuevo que los esposos o los maridos les den permiso en venir, es otro problema en que uno ahí anda queriéndose ganar al marido, igual con los adolescentes, cuando hacemos los recorridos participativos, las caminatas, y tengo que ir dándoles boletas a los alumnos, que los padres se lo firman para que ellos asistan y en cada invitación va mi nombre de responsable por si alguien se ahoga o le pasa algo, a mi me van a buscar...” (Personal de salud, El Salvador)

La inexistencia de una unificación y posicionamiento claro y consensuado por parte de Medicus Mundi en relación el enfoque de género ha debilitado las puesta en practica de dicho enfoque. En este sentido, ha habido muy poca claridad de su aplicación, dejándolo a criterio de cada uno de los equipos en función de su voluntad, creencias, conocimiento y resistencias.

Los **desastres producidos por los fenómenos naturales** y que fueron un continuo en la región desde el inicio del Convenio como resultado de la situación de vulnerabilidad en la que viven la mayoría de comunidades en las que se trabaja provocó en la mayoría de países, en especial en la acción 3 de Guatemala el retrasado del proceso por problemas de inaccesibilidad a las comunidades debido.

Sin embargo, todas estas limitantes, no han impedido que los procesos formativos se hayan convertido en un eje central del Convenio y que hayan provocado y favorecido una serie de logros sentidos. Algunos de ellos ha sido:

Mayor empoderamiento de las mujeres y el auto reconocimiento de sus derechos

“La Salud Sexual y Reproductiva decía otra (refiriéndose a una voluntaria que participó en los procesos formativos)..., está estrechamente relacionado con lo académico, con lo económico y con lo social, nosotras le preguntamos y ¿por qué dices eso?, son mujeres de las comunidades,

que no tienen un nivel académico más que de primaria, decían porque imagínese, yo me embarazo, dejo de estudiar, entonces mi nivel académico se quedó aquí, porque no es lo mismo estudiar ya con hijos que estudiar soltera, mi economía se viene abajo porque nadie me va a dar trabajo arrastrando un hijo y casi no tengo preparación y en lo social me denigran por el hecho de que soy madre soltera, todo este tipo de capacitaciones han llevado a esas mujeres esa reflexión...” (Equipo Técnico acción 4, Honduras)

Apertura y generación de confianza por parte de la comunidad, lo que ha significado una **mayor sensibilización en temáticas sobre Salud Sexual y Reproductiva y la deconstrucción de algunos tabús.**

“El logro es que antes a los muchachos casi no les gustaba usar un condón... dicen muchas excusas, tal vez que le picaba, que le queda muy pequeño, ahora ya no, más bien me buscan para que les regale, ese es el mayor logro que tenemos en nuestra comunidad” (Voluntaria acción 4 Honduras)

El hecho de que la gente de la comunidad esté más informada y formada, **ha contribuido a generar más conciencia para el autocuido, contribuyendo a algunos indicadores de salud como la reducción de embarazos.**

“antes las personas estaban pariendo a cada rato, mientras que ahora vamos nosotras, cuando la mujer acaba de parir y le decimos, ¿qué método piensa usted utilizar?, y ella dice, no, no se, nosotros le explicamos las pastillas, que hay inyecciones, que hay preservativo. Son preguntas que tal vez no le van a ir a hacer la enfermera sino que a nosotras que nos ven todos los días son preguntas que se puedan despejar y esto hace que al Centro de Salud lleguen más pacientes porque ya tienen una información desde la casa”. (Voluntaria acción 4 Honduras)

Además se ha despertado una **motivación e interés** en la gente, sobretodo en mujeres y jóvenes, para seguir formándose, siendo además más consciente de sus acciones.

Fue importante la experiencia vivida en el Salvador donde todo el equipo de los ECOS Familiares participó en los procesos, ya que se generó una **mayor cohesión, una mejora en la comunicación y un mejor trabajo de equipo**, favoreciendo así un clima de confianza con el que se trabaja mejor.

Se considera un logro la **creación de los Comités de Emergencia en Sololá** (Guatemala) y su vinculación con el Ministerio de salud, estableciendo una comunicación mayor entre las dos partes para contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

En el mismo sentido se rescata como logro la **acreditación de comadronas** lo cual permitió ser tomadas en cuenta por el Ministerio de Salud y de esa forma poder acompañar a las pacientes hasta el hospital en caso de una emergencia. Cabe mencionar, que esta acreditación es para poder funcionar dentro del Sistema de salud público, puesto que ellas, en sus comunidades siguen ejerciendo su rol, independientemente de un pedazo de cartón.

Muchos de los procesos desarrollados en la comunidad implicaron una **mayor participación** de la gente, pero se rescata la experiencia vivida con jóvenes en El Salvador, la cual propició que éstos y éstas empezaran a organizarse, facilitando así la continuidad de los procesos.

Para todo ello ha sido muy importante y de un gran valor que el personal voluntario, las y los facilitadores y las y los promotores de salud, **fueran personas de las propias comunidades**, lo que implicó más conciencia de

las necesidades y un mayor compromiso e involucramiento, sintiéndose parte de los procesos desarrollados y generando mayor confianza en la gente.

La metodología participativa utilizada, que toma en cuenta las necesidades, prácticas y vivencias de las y los participantes, ha favorecido **la toma de conciencia de la propia realidad y la construcción colectiva de conocimiento**, generando además espacios de confianza sobretodo para las y los jóvenes y las mujeres.

“yo creo que se les ha dado un espacio de no de agresión, como mujeres feministas..., compartir, hacer sentir el problema, nosotros tenemos muchos casos, compartirlos con ellos como la vivencia propia..., hemos logrado tener esa relación con ellos”, “Los patojos estaban muy contentos con la puesta en práctica del manual de estrategias porque dicen que fue algo importante y participativo y ellos mismos se sentían contentos, porque se hizo la guía metodológica para que practicasen en sí lo que había” (Equipo Técnico acción 3, Guatemala)

LOS MATERIALES DE INVESTIGACIÓN

Durante todo el Convenio se han elaborado diferentes documentos con el objetivo de contribuir a la generación de conocimiento. Documentos elaborados con distintas metodologías pero que de una forma u otra pretendían analizar la realidad para actuar sobre ella produciendo cambios y transformaciones.

Analizaremos si estas investigaciones, diagnósticos y líneas bases han servido para acercarse a la realidad y que tanto han producido reflexiones colectivas para identificar los principales problemas y sus causas, lo cual permite la comprensión de esta realidad sobre la que quieren actuar y transformar. Por tanto, será importante conocer el proceso seguido en la elaboración de éstos materiales y la utilidad que los mismos han tenido.

A lo largo de los cuatro años, las investigaciones realizadas han sido las siguientes:

- **Salud Sexual y Reproductiva; ¿Qué deseo?, ¿Qué decido?, un Análisis desde el Modelo de Salud de Guatemala (elaborado en alianza entre Medicus Mundi y la Red de la no Violencia contra las Mujeres):** La investigación plantea un análisis, claramente extrapolable regional, de la violencia de género dimensionada en su concreción más sutil, aquella que tiene que ver con visiones biomédicas predominantes en los sistemas públicos y que se reproducen en sus servicios y programas de salud. De esta forma, el cuerpo de la mujer es reducido a su rol reproductor ninguneando especificidades y aquellas realidades que tienen que ver con la sexualidad y el ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos. La investigación, financiada y asesorada por la Unidad de Gestión regional de Medicus Mundi, resulta de una alianza de trabajo con la RED feminista NOVI, respondiendo a la agenda de incidencia que dicho movimiento social plantea ante el Estado Guatemalteco. Esta investigación fue presentada en el marco del II Encuentro Regional de Socios Locales del Convenio, celebrado en Antigua Guatemala con fondos de la acción regional y en la que se puso el énfasis analítico en el fenómeno de la violencia de género en la región centroamericana.

- **Estudio sobre el comportamiento y actitudes de Salud Sexual y Reproductiva en el barrio de Acahualinca (Nicaragua):** realizada desde la acción 7 de Nicaragua, con el valor adicional de convertirse en el primer esfuerzo investigativo elaborado desde la Asociación Acahual. La investigación describe los principales riesgos de Salud Sexual y Reproductiva ligados a las condiciones, creencias, tabúes y actitudes predominantes en el Barrio de Acahualinca. La investigación resultó del apoyo técnico de una consultora especializada y el apoyo decisivo en la investigación de campo por parte del personal de Acahual. Ésta fue presentada en el marco del III Encuentro Regional de Socios Locales llevado a cabo en Matagalpa.

- **Participación social en salud: el reto de pasar del discurso a la práctica (regional):** Investigación regional que describe los espacios, movimientos sociales y marcos legales que sobre participación social en salud existen en los cuatro países de referencia, planteando retos y proponiendo acciones encaminadas a su fortalecimiento. Esta investigación, viabilizada desde consultorías especializadas y asesoría de la Unidad de Gestión del Convenio, fue presentada oficialmente en el marco del III Encuentro regional de socios locales del Convenio celebrado en el 2010 en la ciudad de Matagalpa (Nicaragua). En este Encuentro que puso específicamente su lente en las problemáticas que le son propias a las estrategias de promoción de participación social que fue transversal, en su difícil aplicación, en el conjunto de las acciones que el Convenio desarrolló en la región.

- **“Cuerpos en resistencia”, estudio regional sobre organizaciones y redes feministas centroamericanas.”** Investigación realizada desde fondos y asesoría de la acción regional del Convenio. La investigación, resultado de la contratación de consultoras especializadas, describe los principales contenidos problemáticos que el movimiento feminista privilegia en sus agendas de incidencia, al mismo tiempo que mapea el entramado organizativo que el movimiento feminista tiene en los cuatro países de referencia del Convenio, así como a nivel regional. La investigación fue presentada oficialmente en el IV Encuentro Regional de Socios locales, celebrado en Tela (Honduras) y contó, como en el resto de los Encuentros regionales celebrados, con presencia de personal de AECID, Asociaciones de la federación de Medicus Mundi, socios locales y de los Ministerios de Salud de los cuatro países de referencia.

- **La adaptación multicultural de los servicios de salud, el reto pendiente: Los cuidados de la salud desde la cosmovisión Garífuna. Estrategias interculturales de atención a la Salud Sexual y Reproductiva (Honduras):** La investigación no estaba planteada en el diseño original de la acción 4, sus fondos resultan de la reorientación de los mismos que se produce entre las acciones 4 y 5, La llegada de este financiamiento permitió responder a una demanda histórica de la Socia Local ENMUNEH; la de poder analizar la Salud Sexual y Reproductiva en pueblos garífunas de Honduras, a partir de un enfoque de multiculturalidad y la corresponsabilidad investigativa de parte de la propia ENMUNEH. No fue una investigación sencilla, suspendiendo una primera consultoría por su escasa calidad y afianzándose a partir de la alianza de trabajo entre ENMUNEH y la Universidad Francisco Morazán. La investigación fue publicada y presentada en el IV Encuentro Regional de Socias Locales celebrado en la ciudad Hondureña de Tela.

El conjunto de estas investigaciones fue publicado en formato libro, con una media de 500 ejemplares, los cuales fueron entregados a organizaciones de la sociedad civil, socios locales, Ministerios de Salud de referencia (a nivel local y central), oficinas técnicas de cooperación de la AECID de los cuatro países de referencia y, centros universitarios y bibliotecas generales o de organismos especializados. Al mismo tiempo, desde 2009 la acción regional pone en marcha una página web (<http://www.medicusmundiConveniocassyr.org/invest.html>) en la que el conjunto de estas investigaciones se encuentran a disposición.

Se debe destacar que la acción 1 llevó a cabo una sistematización propia de su experiencia de ejecución con fines de replicación.

La mayoría de las investigaciones fueron elaboradas por consultorías externas en la que las comunidades y Centros de Salud participaron en algunos análisis y como informantes. Éstas diferentes investigaciones, a pesar de haberse hecho con un objetivo concreto, han tenido diferentes intereses y utilidades para las organizaciones, instituciones públicas y población en general.

En el caso de la investigación hecha por ENMUNEH en relación al análisis de los servicios públicos de salud desde la cosmovisión garífuna, despertó un gran interés por parte del personal médico y los tomadores de decisión de la Secretaría de Salud, generando en algunos casos cambios en sus prácticas médicas.

“Sí se está utilizando porque por ejemplo en la Ceiba, la doctora Noelia está pidiendo un nuevo lanzamiento para que la investigación y los resultados sean analizados a través de un comité de médicos o profesionales de la medicina negros o afrodescendientes”, “En cuanto a las creencias de la mujer en cuanto a su embarazo, que se pone una cinta roja para su protección y que antes, se la cortaban en el hospital, ahora, si se le va a hacer una cesárea, se le dice -mire, por esta y esta razón te la tengo que quitar- pero se le pide el consentimiento previo y si es un parto normal va a parir con su cinta ahí puesta” (Equipo Técnico Acción 4, Honduras)

Aunque fue una muestra pequeña, es una investigación que va a permitir ver al país el sentir de la población garífuna en la atención de la SSyR y analizar el tipo de atención necesaria para que se incorpore en el diario vivir. En este sentido sería importante la incorporación de las diferentes estrategias que la investigación contempla en el diseño de procesos formativos y materiales por parte Ministerio y que retomen la cosmovisión garífuna.

En el caso de la investigación realizada desde Acahual fue un estudio muy importante para la propia organización en cuanto a la identificación de las necesidades y problemáticas de las comunidades en materia de SSyR, para tomar nuevas estrategias de promoción y prevención de la Salud Sexual y Reproductiva. Ésta investigación puso al descubierto la cantidad de tabúes que la gente tiene en relación a la sexualidad y a la salud sexual, lo cual actuó como limitante en el proceso investigativo ya que al inicio la gente, los y la participantes en los grupos focales, no querían hablar por pena.

En general, se valora muy positivo el esfuerzo realizado por las diferentes organizaciones en los procesos investigativos, los cuales, de una forma u otra, ofrecen un retrato de una realidad.

Me parece también muy rescatable la vocación que ha habido de rescatar procesos de investigación, no han sido quizás en algunos casos investigaciones académicas, profundas pero desde la realidad del trabajo de los socios locales, me parece que es un aporte interesante” (Unidad de Gestión)

En casi todas las acciones del Convenio se realizaron diagnósticos y líneas basales con el objetivo de no solo conocer una situación inicial de la intervención, sino, sobretodo en los diagnósticos, realizar un análisis de la realidad para identificar las principales necesidades, problemas e intereses de la gente de las comunidades, en especial en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

“...El secreto de este diagnóstico es que se partió de la experiencia viva de la gente, de los conocimientos...el principal logro es contar con el conocimiento de la realidad” (Directora de la Nuevos Horizontes)

Para estos diagnósticos, en algunos casos se contrató a personal externo que diseñó el proceso pero fue aplicado con apoyo de los equipos de facilitación (VIDA y Xocomil en la acción 3 de Guatemala) o voluntarios y voluntarias (ENMUNEH Y Casa Ixchel en la acción 4 de Honduras) y en otros, cómo con Nuevos Horizontes en la acción 3, fue el mismo personal de la organización quien realizó todo el proceso.

En todos los casos, los diagnósticos realizados sirvieron para tener un mayor conocimiento de las comunidades con las cuales se iba a trabajar, evidenciando problemáticas y necesidades concretas en relación a la Salud Sexual y Reproductiva. Estos diagnósticos o líneas basales, permitieron identificar los mitos, creencias, tabúes y situaciones de violencia latentes en las comunidades, visibilizando el desconocimiento de las mujeres en referencia a sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Con todo ello, éstos sirvieron de guía para los procesos formativos que se realizaron posteriormente.

“...cuando hablábamos de SSR porque primero no sabían lo que era y cuando hablábamos de planificación familiar preguntaban cual podría ser el mejor método, sobre todo cuando las mujeres estaban a solas con nosotros” (Equipo Técnico acción 3, Guatemala)

Se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos en función del tipo de diagnóstico realizado y la muestra de la población; en Honduras, el diagnóstico si estuvo mas orientado a identificar las necesidades educativas, por lo que el instrumento base fue una encuesta estructurada que pasó a personal de enfermería, personal médico, de laboratorios, farmacia y promoción de la salud de 10 Centros de Salud. Los y las voluntarios apoyaron en este proceso en el trabajo más comunitario, donde se hizo un grupo focal.

En la acción 3 los procesos diagnósticos desarrollados fueron de modo participativo, en cuanto que fue el equipo de facilitación quien lo ejecutó. La diferencia fue que en Sololá, con Vida y Xocomil se contrató a una consultora externa, quien diseño el proceso y capacitó al equipo para la implementación y sistematización del mismo. Durante este proceso previo se desarrollaron diferentes temáticas, se recabaron datos para una línea basal y se construyeron las preguntas del diagnóstico. En su puesta en marcha se pasó el cuestionario diseñado casa por casa y se hicieron grupos focales con mujeres, Comités de Emergencia, lideres y lideresas.

El hecho de contar con un equipo comunitario que pasaba casa por casa y que hablara el mismo idioma, facilitó que se fuera generando confianza, perdiendo así el miedo a denunciar situaciones de violencia o a expresar sentimientos personales.

“En algunas familias le dabas confianza a una cuando se acercaba y en una ocasión una mujer se acercó y se expresó con lágrimas y decía que estaba sufriendo mucha violencia. Lo miraban a una como que era la solución”, “La salud sexual se ha visto como un tabú y no se habla en la familia y cuando están ellas solas aprovechan” (Equipo técnico acción 3, Guatemala)

En todo este proceso, la principal limitante encontrada fue la cantidad de preguntas del cuestionario que dificultaba que muchas mujeres no tuvieran tiempo de contestar, unido a la movilización del equipo hacia las comunidades.

En Quetzaltenango, con Nuevos Horizontes se hizo un proceso similar destacando sobre todo la invisibilización y no registro de las mujeres que estaban enfrentando violencia, lo que implica una negación de su existencia por parte del personal de salud.

“...en el hospital las pasaban a traumatología, a ginecología, en los Centros de Salud igual, invisibilizadas...”, “ellos (el personal de los servicios de salud) no querían reconocer que había un problema que se llamaba violencia y un problema de SSyR, la cuestión que le tienen tanto rollo a los derechos sexuales y a la violencia que no querían reconocer nada” (Equipo técnico acción 3, Guatemala)

Siguiendo en Guatemala, en la acción 11 se marca la línea basal y un censo, a partir del cual los hallazgos se podrían comparar con los encontrados en las otras acciones. A diferencia de los demás, no se realiza un diagnóstico propiamente dicho y los instrumentos utilizados distan de la metodologías participativa a través de grupos focales de las otras acciones. Sí en cambio se basa en un cuestionario que al igual que en la acción tres se pasa casa por casa, favoreciendo de la misma forma la confianza.

PROCESOS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.

Durante todo el Convenio se han diseñado diferentes estrategias de información, educación y comunicación que han acompañado los diferentes procesos desarrollados para el fortalecimiento del ámbito descentralizado del sistema público de salud en materia de Salud Sexual y Reproductiva. Estas estrategias, han implicado un despliegue de recursos y acciones con el objetivo de desarrollar conocimiento, reforzarlo e influir en las actitudes y cambios de comportamiento en las personas de las comunidades.

Si bien la mayoría de acciones desarrollaron procesos de IEC, destacaremos la acción 10 de Guatemala y la acción 4 de Honduras por los materiales generados y el mismo proceso llevado a cabo para ello.



El recurso más utilizado por las diferentes organizaciones han sido los trifolios, las cuñas radiales y los rotafolios, cada uno de los cuales ha tenido finalidades diferentes.

En la acción 4 de Honduras, el material promocional que se diseñó, parte de la estrategia realizada por esta misma acción, de la cual se ha venido hablando en los puntos anteriores. Esta estrategia, diseñada para el fortalecimiento de los programas de SSyR de las Unidades de Salud del área de intervención, planteó una serie de actividades encaminadas a la mejora de la atención, el fortalecimiento del personal voluntario y la promoción de la SSyR. Es por ello, que a partir del diagnóstico diseñado desde esta estrategia surge la necesidad de elaborar una plan de IEC para la promoción de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

A partir de aquí, se diseñaron afiches, rotafolios y manuales sobre SSyR y violencia de género con el componente de interculturalidad para aquellos materiales dirigidos a la población garífuna. En este sentido los materiales trabajados por ENMUNEH, estaban orientados a la SSyR con el componente intercultural y los trabajados por Casa Refugio Ixchel contenían también la temática de SSyR y de forma más específica el tema de la violencia de género, materiales que fueron intercambiados para el trabajo en las comunidades.

Los rotafolios confeccionados, fueron entregados a las Unidades de Salud correspondientes para ser utilizados por los y las voluntarias de salud en su trabajo comunitario. A parte de todo esto se elaboraron también banners, trisfolios, bifolios, camisetas y afiches en estas mismas temáticas que sirvieron de material promocional en las diferentes actividades realizadas en la comunidad.

Todo ello llevó un proceso de validación por parte del equipo técnico de Medicus Mundi, el Ministerio de Salud y la Unidad de Gestión. Cabe destacar que, en el caso de las acciones 1, 2, 4 y 10 en el proceso de trabajo con el Ministerio de Salud se dio la necesidad de negociar contenidos entre posturas a veces opuestas, especialmente en componentes más problemáticos de la salud sexual y reproductiva; esta realidad conllevó cierta reducción en las aspiraciones que originalmente planteaba el Convenio dentro de su enfoque de derechos sexuales y reproductivos, reducción dirigida a la aceptación de los documentos para el uso real de los materiales IEC en el sistema público de salud.

Si hacemos un análisis de todos estos materiales, aunque introducen la temática de Derechos Sexuales y Reproductivos, están muy orientados a las consecuencias del no ejercicio de una sexualidad responsable y no tanto desde la visión de la salud sexual como la elección de una misma por el goce y disfrute de forma libre de su propio cuerpo, enfocando la sexualidad como fuente de placer y bienestar. Sin embargo, se destaca como significativo, la introducción de la temática del aborto, aunque sea tratado desde una problemática de la salud y no como derecho de elección sobre el cuerpo de una.

Al final del Convenio, por parte de ENMUNEH se desarrolla otra estrategia de IEC sobre la SSy R y la violencia de género desde la cosmovisión garífuna, la cual toma importancia en cuanto se parte de las vivencias de la sexualidad de las comunidades para identificar las principales motivaciones, intereses y necesidades. A partir de acá se elabora material divulgativo, incorporando además una radionovela con personajes sacados de los propios talleres con la comunidad.

“...hay muchos documentos de IEC que son redactados desde un escritorio donde están los expertos pero no se conoce la realidad. Esto es importante porque da los lineamientos, porque se refiere a como hacer una estrategia de IEC en la parte de Salud Sexual y Reproductiva y violencia de género desde la cosmovisión garífuna..., No se puede hablar de IEC sin adaptarse a la realidad y a la gente” (Consultora IEC acción 4. Honduras).

Un material de IEC debe ser adaptado por tanto a la realidad de la gente de tal forma que sirva como una estrategia válida y real de sensibilización. En este sentido, se destaca también el esfuerzo por la incorporación de la pertinencia cultural que se realizó desde la acción 10 de Guatemala. En ella se elaboraron boletines con información muy válida dirigidos a personal de salud, de la Alcaldía Municipal y de otras organizaciones e instituciones

esto costó dios y ayuda. A nivel externo porque al inicio cuentas con muchas resistencias, estás trabajando con doctores formados en la medicina tradicional que les cuesta, aunque luego hay algún sector como el distrito de salud de Sololá que lo ve claro, pero esa propuesta tiene que ser consensuada con los tres jefes de distrito y con el área de salud y supone un proceso de validación de más de un año de todos los contenidos con todo el personal de salud” (Equipo acción 10, Guatemala)

Se elaboró también rotafolios guías metodológicas para el personal de los Distritos de Salud, como herramienta para la socialización de ciertas temáticas de forma adaptada a las necesidades, pero de nuevo, nos encontramos la limitante de las coordinaciones y las resistencias por creencias y tabúes, lo que dificultó la validación, retrasando el proceso y en algunos casos impidiendo ver los resultados de la elaboración del material.

“...cuando vio la hoja de violencia (refiriéndose al personal de una instancia pública) lo primero que dijo fue - bueno pero si hay una hoja de violencia contra la mujer también tiene que haberla contra los hombres, porque también hay mujeres que pegan- pero cuando llegó a la diversidad sexual que simplemente era una pareja de dos mujeres abrazándose..., nos bloqueó el proceso y dijo que eso tenía que tener el aval del programa nacional de Salud Sexual y Reproductiva..., un año los materiales paralizados en imprenta sin poder hacer uso de ellos, que era en las Salas Situacionales comunitarias. (Equipo acción 10, Guatemala)

Si bien los materiales tenían bien claro el enfoque de multiculturalidad es necesario analizarlos también desde un enfoque de género y desde su objetivo como material destinado a la sensibilización de la población. no sólo como transferencia de información, que si bien es un elemento importante, por si mismo, no logra provocar el análisis personal necesario para trascender a un proceso de sensibilización, el cual implica darse cuenta de todo un entramado de causas y efectos de una realidad concreta. Solo por poner un ejemplo,

no es suficiente transmitir datos sobre la situación de mortalidad materna, sin profundizar en las causas de esa situación. Causas que si bien son múltiples, tienen a su base toda una construcción social que relega a la mujer a un rol reproductivo, sin dejarla decidir libremente si quiere o no asumirlo, sin que los hombres-padres asuman ese rol que también les corresponde y sin que el sistema sanitario tome acciones claras para modificar esta situación.

En este sentido, los boletines, aun siendo un material válido queda en ocasiones un poco ambiguo en cuanto mezclan aspectos más informativos con elementos de sensibilización. En el caso además de el boletín sobre las Salas Situacionales y lo Comités de Emergencia se habla de los altos índices de muerte materna, sobretodo entre adolescentes y la necesaria planificación familiar orientándolo desde un enfoque de la salud reproductiva, sin analizar la salud integral de la mujer también en su salud sexual.

En referencia por ejemplo al boletín “nuestra salud” hay un artículo sobre SSyR en el cual se amplía la visión a la salud desde una visión de educación sexual, incluyendo a los y las jóvenes y la necesaria visión multidisciplinaria y de atención integral. Es importante la visión de los obstáculos administrativos que muchas veces ponen en riesgo a las mujeres víctima de violencia.

Ejemplificamos el trato de la violencia con el trifoliar sobre el tema del feminicidio, que si bien es un esfuerzo por difundir la ley guatemalteca y en él se plasma “lo que dice la ley”, deja una visión de las mujeres cómo víctimas y no como personas que enfrentan una situación de violencia, orientando este a las medidas que se aplican al agresor como medida de seguridad; sigue utilizando mucho la visión de la violencia intrafamiliar, resaltando tan sólo la violencia en el ámbito doméstico y no en todos los espacios de la vida de las mujeres, estén o no casadas, tengan o no hijos e hijas, tengan una vida en pareja o no. Aunque es importante el enfoque de derechos desde el cual se trata esta situación, se centra en la denuncia y en las medidas jurídicas que se pueden aplicar en caso de violencia, obviando los obstáculos que hay en el acceso a la justicia y descentrándose de la mujer al agresor. Sería importante no olvidar toda la parte de restitución de derechos y de atención hacia el proceso de toma de decisión de las mujeres. Es decir, que se pone mucho hincapié en la denuncia y no así en la necesaria comprensión del proceso por donde las mujeres están y deben ser atendidas para recuperar su capacidad de decisión de su propio proyecto de vida. Es así como nos deberíamos preguntar hasta que punto la difusión pura y dura de esta ley sensibiliza a quien la recibe o más bien puede llegar a perpetuar visiones erróneas en torno a lo que es y lo que implica la violencia contra la mujer y en especial en su máxima expresión como lo es el feminicidio

En la acción 3, especialmente en Sololá (VIDA y Xocomil) se elaboran una serie de trifoliales y rotafolios sobre Salud Sexual y Reproductiva y maternidad y paternidad responsable que en el caso de la Asociación Xocomil sirvieron de material de apoyo para el desarrollo de los talleres comunitarios. A nivel promocional se hicieron cuñas radiales y en el caso de la Asociación Xocomil, se tuvo un espacio para un programa radial de análisis de contexto, donde se invitó a los directores de salud y autoridades de los pueblos indígenas para hablar sobre la perspectiva de la Salud Sexual y Reproductiva.

Si analizamos este material desde la perspectiva de género, observamos todavía una debilidad en la puesta en práctica del mismo. Si bien se trabajan contenidos de Salud Sexual y Reproductiva, es necesario reforzarlo con un enfoque claro para que realmente produzca un cambio de comportamientos y actitudes.

En el caso del trifoliar elaborado por la Asociación Xocomil sobre el “embarazo en la adolescencia, paternidad y maternidad responsable” pone la responsabilidad de la crianza de las y los hijos y del mismo embarazo en las mujeres, dejando al hombre un papel secundario, lo que refuerza los roles y mandatos de género. Frases como “no piensan en las consecuencias” al igual como “no mentalmente aptas”, refuerzan la incapacidad socioculturalmente asignada a las mujeres de no pensar. Además, las causas nombradas denotan una visión

negativa y de menosprecio a la adolescencia y un claro ejercicio de adultocentrismo pues se sobrevalora la adultez temprana y contemporánea por encima de cualquier etapa (niñez, adolescencia, juventud y adulto o adulta mayor). Las consecuencias nombradas como el “abandono por parte del padre del bebe y/o negación de la paternidad”, no son consecuencias del embarazo adolescente sino de la construcción de género de los hombres con respecto al cuidado y crianza de las hijas e hijos que los desliga de dicha responsabilidad.

Ante estas dos temáticas es importante ubicar en primera instancia el derecho a la maternidad y paternidad responsable y luego el efecto del no cumplimiento y/o acceso al derecho, en este caso el embarazo en adolescentes, pero ante todo visibilizar el derecho al ejercicio responsable de la sexualidad en la adolescencia. En ambos temas, tanto en el derecho de la maternidad responsable como en el embarazo en adolescentes, que aunque estén enunciados por separados por la practicidad teórica es importante la relación mutua entre ambos derechos teniendo cuidado de no caer en el absolutismo del embarazo como efecto de la práctica sexo – coital. En relación a las formas de prevención, pasa por el reconocimiento de la vida sexual activa en la adolescencia, donde la abstinencia pasa a estar en el ultimo peldaño y se debe priorizar el uso adecuado del condón. En sociedades doble moralistas que, por un lado promueven la abstinencia y por otro tienen índices altos y justificaciones sociales sobre las agresiones sexuales sexualizando todos los ámbitos y las relaciones, se recomienda no seguir hablando de la abstinencia, si se considera que será escandaloso hablar la práctica de relaciones sexuales en edades tempranas porque genera rechazo, es pertinente hablar de retraso en el inicio de las relaciones sexuales y no seguir alimentando el mito de la abstinencia sexual, que no contribuye a la prevención de embarazos no deseados.

En relación al resto de materiales, cuando se habla de SSyR es importante que el enfoque de derechos quede claro, tanto para el ejercicio del derecho a la reproducción como para el ejercicio del derecho a la sexualidad, siendo que cultural y socialmente no se concibe el ejercicio sexual desligado de la reproducción siempre se queda en el nombramiento o listado de lo que pueden ser las prácticas sexuales libres y no en la definición del ejercicio del derecho sexual.

Dentro de esta misma acción, destacamos también las 6 campañas que se realizaron en Quetzaltenango y promovidas por la Asociación Nuevos Horizontes sobre temáticas como violencia, paternidad y maternidad responsable, participación ciudadana, derecho al propio cuerpo..., en las cuales el enfoque claro fue el enfoque de derechos.

Se destaca también los programas de radio y televisión sobre violencia, derechos sexuales, la Ley de planificación familiar; a parte de spots publicitarios, trifoliales, playeras, llaveros, etc.

En Nicaragua también se realizaron cuñas radiales, perifoneos, spots televisivos, ferias, pancartas, folletos.

En El Salvador se confeccionó diferente material visual sobre Derechos Sexuales y Reproductivos que permanecía expuesto en los Centros de Salud o centros educativos durante una semana brindando la orientación a jóvenes que se acercaban. Periódicamente se hacía el pase de una película sobre la temática a modo de vídeo-foro.

En general, es importante analizar cual debe ser el alcance de todos estos materiales producidos, en el sentido que no ha existido ningún mecanismo de seguimiento ni, ningún instrumento para valorar el impacto y los cambios producidos en la población.

6.1.2. CONSTRUYENDO INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPANDO

Satisfacer las necesidades básicas de salud en la población, es un derecho que los estados deben garantizar. Para su cumplimiento efectivo, es imprescindible para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud contar con infraestructuras adecuadas y los equipamientos necesarios que, por un lado mejoren la accesibilidad para la población y por otro, les de las posibilidades de una atención con la calidad y calidez necesarias.

De esta manera en todas las acciones del Convenio se hicieron esfuerzos directos de apoyo con infraestructuras y equipos a instancias descentralizadas del primer nivel de salud (todas las acciones), hospitales de referencia (Hospital de Mazatenango en la acción 11, Hospital de Sololá por acción 10, Hospital de Atlántida en acción 4 y Hospital de Matagalpa en acción 6) y servicios de salud municipales o de Socias Locales (Centro Acahual en acción 7 y la Casa Refugio Ixchel, acción 4)



El su conjunto el apoyo es diverso, por lo que pretendemos sistematizarlo en el presente cuadro resumen:

| PAÍS | ACCIÓN | INFRAESTRUCTURA | PERFIL | TIPO DE APOYO |
|-------------|--------|--|---|---|
| El Salvador | 1 | Oficina SIBASI Ahuachapán | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipos |
| El Salvador | 1 | 51 Unidades de Salud de los SIBASIS de Ahuachapán, Sonsonate y Santa Ana | Primer nivel de atención | Equipos biomédicos Equipo informático(37) Formación de persona Apoyo a desarrollo de programas comunitarios Materiales IEC |
| El Salvador | 1 | Hogar de Espera Materna en Atiquzaya | Primer nivel , ligado a Unidad de Salud | Infraestructura Equipamiento |
| El Salvador | 1 | Caisa y oficinas SIBASI Sonsonate | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipamiento |
| El Salvador | 1 | Centro de Capacitación multidisciplinar SIBASI Ahuachapán | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipamiento |
| El Salvador | 1 | Centro de Capacitación multidisciplinar en Izalco (SIBASI Sonsonate) | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipamiento |
| El Salvador | 1 | Centro de capacitación Multidisciplinar de la Región de Salud de Occidente | Primer nivel de atención: estructura regional | Infraestructura Equipamiento Equipo informático |

| PAÍS | ACCIÓN | INFRAESTRUCTURA | PERFIL | TIPO DE APOYO |
|-------------|--------|--|---|---|
| El Salvador | 1 | ECOSF Santa Rosa Guachipilin | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipamiento |
| El Salvador | 1 | ECOSF Guaymango | Primer nivel de atención: | Infraestructura Equipamiento |
| El Salvador | 2 | Centro de Atención Integral a la Salud del Adolescente (CAISA) | Primer nivel de atención, anexo a Unidad de Salud de Tierra Blanca: | Infraestructura Equipamiento Formación de persona Apoyo a desarrollo de programas comunitarios |
| El Salvador | 2 | 6 Unidades de Salud del SIBASI Usulután | Primer nivel de atención | Equipos biomédicos Equipo informático(37) Formación de persona Apoyo a desarrollo de programas comunitarios Material IEC |
| El Salvador | 2 | ECOf en red de servicios de salud del SIBASI Usulután | Primer nivel de atención | Equipos biomédicos Infraestructura Material IEC |
| Honduras | 4 | 15 Unidades de Salud de los Departamentos e Cortés y Atlántida | Primer nivel de atención | Equipos biomédicos Equipos informáticos Formación de personal de salud Fortalecimiento de programas de salud comunitarios |
| Honduras | 4 | Unidad metropolitana de Salud de la ceiba | Primer nivel de atención | Equipos biomédicos Equipos informáticos Formación de personal de salud |
| Honduras | 4 | Clínica de Atención Médica y psicológica de casa Refugio Ixchel | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipos Asesoría continuada Material IEC |
| Honduras | 4 | Consejería de familia de la Unidad Metropolitana de salud de la Ceiba. | Primer y segundo nivel de atención | Infraestructura Equipos MaterialIEC |
| Honduras | 5 | Hogar de Espera Materna en Morazán (Yoro) | Primer nivel , ligado a Unidad de Salud | Infraestructura Equipamiento |
| Honduras | 5 | CESAMO de Santa Rita | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipamiento |
| Honduras | 5 | Clínica Materna infantil de Santa Rita | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipamiento Ambulancia |
| Nicaragua | 6 | 16 sectores aperturados de salud de 6 municipios del Departamento de Matagalpa | Primer nivel de atención del SILAIS Matagalpa | Equipamiento biomédico Formación de personal Material IEC |

| PAÍS | ACCIÓN | INFRAESTRUCTURA | PERFIL | TIPO DE APOYO |
|-----------|--------|---|---|---|
| Nicaragua | 6 | SILAIS Matagalpa | Ente que articula primer y segundo nivel de atención | Camión para transporte de medicamentos Formación de personal |
| Nicaragua | 7 | Centro de Salud Acahual | Primer nivel de atención: en coordinación con Ministerio de Salud | Infraestructura Equipamiento Fortalecimiento de programas de salud comunitarios Formación Asesoría técnica Investigación Material IEC |
| Nicaragua | 7 | Centro Policlínico de salud Francisco Morazán | Primer nivel de atención,; | Equipamiento Apoyo a desarrollo de programas comunitarios Material IEC |
| Guatemala | 10 | Distritos de Salud de la Dirección de área de Salud de Sololá | Primer nivel de atención | Equipos biomédicos Equipo informático Material IEC Radios Salas Situacionales Apoyo a desarrollo de programas comunitarios |
| Guatemala | 10 | Hospital de Solola | Segundo nivel de atención | Equipos biomédicos Ambulancia Material IEC Radios |
| Guatemala | 11 | Distrito de Guineales | Primer nivel de atención | Infraestructura Equipos biomédicos Equipos informáticos Formación de personal de salud Material IEC Sala Situacional |
| Guatemala | 11 | Hospital de Mazatenango | Segundo nivel de atención | Equipos biomédicos Infraestructura |

Algunas de las **infraestructuras** desarrolladas por el Convenio han producido un mayor acceso de las mujeres a los servicios públicos de salud, un ejemplo de ello son los dos Hogares de Espera Materno Infantil implementados y en funcionamiento en la actualidad. Uno ubicado en el Municipio de Morazán (Yoro-Honduras) y el otro en el Municipio de Atiquizaya (Ahuachapán-El Salvador). Ambos Municipios cuentan con comunidades muy postergadas desde donde anteriormente era difícil que las mujeres que provenían de dichas comunidades llegaran para ser atendidas para su parto en la Clínica Materna ya existente, en el caso de Morazán, o en el Hospital en el caso de Atiquizaya, con los riesgos que esto suponía para ellas. Sin embargo en la actualidad se ha duplicado el número de mujeres atendidas.

Este es un hecho multifactorial, que si bien tiene relación directa con la existencia física del Hogar de Espera, también han confluído otros elementos como el trabajo de promoción desarrollado por los y las promotoras y las parteras, así como por parte del personal sanitario.

“La cantidad de partos que teníamos era de 30, ahora tenemos entre 75 y 90 partos mensuales, esto es parte del hogar, parte de los promotores allá, parte del trabajo de las parteras, parte de la enfermera, del médico. El Municipio de Morazán en cuanto a atención de partos de calidad si ha cambiado”. (Personal de salud, Honduras)

Es aquí donde se debe valorar que una construcción por si misma ni aumenta ni mejora la calidad de la atención, se hace imprescindible entonces la interrelación continua con la comunidad y más concretamente con una de las figuras claves en la vida de las mujeres embarazadas, las parteras o comadronas. La importancia de esta figura en la vida comunitaria y más concretamente en la vida de las mujeres es un factor multicultural vivido por algunos y algunas como una limitante y por otros y otras como un potencial y una riqueza, elemento que se ampliará a lo largo del presente documento.

Esta importancia de acompañar las infraestructuras con otras estrategias de promoción e interrelación comunitaria se ponen de manifiesto en el Centro Materno Infantil de Santa Rita ya que en la actualidad está siendo infrautilizado, sin que lleguen el número de mujeres para las que tendría capacidad de atención. Son muchos los factores que se consideran: estar limitado para la atención de pacientes menores de 18 años, la falta de comunicación e información limitada hacia las comunidades, porque las mujeres les tienen más confianza a las parteras, porque la atención que han recibido en otros espacios de salud públicos no ha sido la adecuada y está generalizado el concepto de que en los establecimientos de salud son mal atendidas, maltratadas... Por otra parte cabe recordar que se trata de una infraestructura de reciente funcionamiento y que, por lo tanto, requiere de una etapa de consolidación en su plena funcionalidad.

La ampliación en el número de mujeres atendidas se valora de forma muy positiva, sin embargo, también tiene otra serie de consecuencias como la sobrecarga que supone dicho aumento para los y las trabajadoras de la Clínica Materna de Morazán al haberse ampliado el número de atenciones gracias a la construcción del Hogar de Espera Materno, lo que, a la larga, podría conllevar a una disminución en la calidad de la atención. Elemento que se debería haber tenido en cuenta previamente con el fin de establecer diferentes estrategias para que las instituciones prestadoras de servicios de salud (Secretaría de Salud, Municipalidad) pudieran haber previsto esta circunstancia y adoptaran los compromisos correspondientes.

En otro sentido, debemos analizar como las infraestructuras, construidas y/o habilitadas desde el Convenio deben garantizar entornos protectores y espacios amigables en la institución, partiendo del reconocimiento de las usuarias como sujetas de derechos en relación a su Salud Sexual y Reproductiva. La privacidad, la luminosidad, la higiene, el tamaño del espacio y su adecuación a la atención, etc. son elementos imprescindibles para proporcionar una sensación de seguridad y confianza para ellas. Se trata por tanto de poner a las infraestructuras también bajo la lupa del género.

De esta forma en las nuevas construcciones ejecutadas durante el Convenio (CESAMO, Hogares de Espera Materna, Centros Materno Infantil...), se han tenido en cuenta estos elementos, principalmente como cumplimiento de los diferentes criterios técnicos establecidos por los Ministerios de Salud de cada uno de los países y posiblemente por la sensibilidad de algunas de las personas involucradas en el proceso, más que, porque desde un inicio se hubieran establecido de manera formal criterios de género a ser aplicados en los procesos de construcción y equipamientos llevados a cabo en el marco del propio Convenio. Sin embargo, una excepción es el caso de la rehabilitación integral del Centro de Salud de Guineales (acción 11), donde se produce un interesante encuentro entre el cumplimiento de los estándares de espacios y servicios

establecidos oficialmente por el Ministerio de Salud, con la adecuación multicultural de los servicios de parto, adecuándose a las tradiciones que la población maya tiene para su realización. Elemento promovido por el propio Convenio.

Es aquí donde a lo largo del presente proceso de sistematización, se han puesto de manifiesto pequeños detalles a ser tenidos en cuenta para futuras intervenciones, como por ejemplo, el caso del Centro Materno Infantil en el que el personal que labora en él afirma la necesidad de mejorar la privacidad de las mujeres en la sala de labor (preparación para el parto).

“El diseño cumple las especificaciones técnicas, las mismas orientan para que la mujer se sienta satisfecha, si hablamos del Centro de Salud vamos a mencionar que los espacios son privados, cada uno de los consultorios tiene su puerta, su aire acondicionado y ventanas que están en una altura de 1.70, que no se ve nada hacia adentro. En el caso del materno, podemos mencionar de que hay suficiente espacio de espera para atender a la mujer, la primera área de labor quedó hasta el doble de lo mínimo de las especificaciones técnicas, pero debe de haber como una privacidad que lastimosamente no se puede porque en nuestro país en hospitales públicos no se dispone de tanta privacidad, porque eso implicaría un complejo mucho mayor, se han pedido unos biombos, unos separadores”. (Personal municipal acción 5 Honduras)

Un aspecto de mucha mayor trascendencia en este sentido es la Consejería de Familia de La Ceiba, cuya remodelación, si bien ha supuesto una mejora enorme en las condiciones de calidad y calidez para la atención de mujeres que atraviesan situaciones de violencia, donde se sienten cómodas, con la suficiente confidencialidad, en un ambiente agradable y digno, con ventilación y preparado para las terapias grupales tan necesarias en procesos de sanación, dejó pasar por alto un elemento de seguridad imprescindible. Dentro del mismo espacio existe una sala donde se trabaja con hombres agresores, con las implicaciones emocionales de miedo e inseguridad que esto supone para las mujeres que hacen uso de las instalaciones y que están llevando un proceso personal que les permita superar la situación de violencia que están atravesando, sin tomarse así en cuenta los riesgos a los que una mujer que enfrenta violencia tiene; tal es la posibilidad de ser agredidas en el mismo espacio.

Por el contrario el aspecto de seguridad se tuvo muy en cuenta en la construcción de la clínica de atención psicológica de la Casa Ixchel, cuyo objetivo es que las mujeres no tuvieran que salir de la casa refugio con los consiguientes riesgos que eso podría conllevar para ellas. Esto, además, ha sido posible no solo por la construcción en sí, sino por la coordinación entre la Casa y la Consejería, cuya psicóloga llega una vez por semana.

Pero además, es necesario tomar en cuenta los factores multiculturales y el contexto donde se brindaran los servicios de salud, criterios que deben estar presentes en la construcción de los espacios de atención, puesto que estos deben de tomar en cuenta, las diferentes construcciones culturales y de género que están detrás de la Salud Sexual y Reproductiva. Dos experiencias que ejemplifican, claramente estos criterios son las experiencias de Guatemala, con el remozamiento del Instituto de Salud de Guineales y la sala de partos con pertinencia cultural, donde la mujer puede optar al parto vertical, sentada o acostada. Sin embargo hasta el momento, se está produciendo una subutilización de la sala; las razones pueden ser múltiples, entre ellas si las posiciones para lo que ha sido equipada son las practicadas por las mujeres indígenas guatemaltecas o son posiciones de otras culturas indígenas, si es una necesidad sentida y demandada por las indígenas que hacen uso del centro o es la visión que las autoridades de salud dan al concepto de interculturalidad; otro factor a tomar en cuenta es la resistencia y/o capacitación del personal médico para la atención de los partos en estas posiciones y la resistencia de las mujeres indígenas a los partos institucionalizados.

En el caso de El Salvador, existe una necesidad ampliamente sentida por la población y personal de salud, espacios destinados a la atención integral de los y las adolescentes, espacios que lograran contrarrestar problemáticas sociales que enfrenta la juventud como son, la violencia social contra los y las jóvenes, el alto índice de embarazos en adolescentes, la utilización de la juventud en la trata de personas para la explotación sexual comercial, siendo una necesidad imperante el acceso a los servicios de prevención y atención de la Salud Sexual Reproductiva a las y los jóvenes. Con ese objetivo se incluyeron en la formulación del Convenio dos Centros de Atención Integral de Salud de Adolescentes-CAISA, de los cuales uno fue construido en Tierra Blanca, estando en la actualidad subutilizado para reuniones de los promotores de salud y algunas actividades de los líderes y grupos juveniles, debido a que el Ministerio de Salud no ha priorizado la atención integral a jóvenes, diluyéndose las necesidades específicas individuales y colectivas de las y los jóvenes en la atención integral familiar comunitaria, por lo que la contratación del recurso humano (ginecóloga, psicóloga...), que estableció como compromiso en el Convenio, no ha sido asumido por este. Esta situación ejemplariza como a veces las prioridades de los Ministerios, muchas veces ligadas a financiamientos internacionales, se diluyen como el azúcar dejando estancados esfuerzos y buenos trabajos, con serios riesgos de insostenibilidad.

Durante la ejecución han sido numerosos los **equipamientos** con los que se ha apoyado a las diferentes instituciones públicas de salud, principalmente en los servicios de atención primaria, aunque también en instancias de otro nivel, como son los Hospitales.

Estos equipamientos han estado orientados en tres grandes líneas primordiales, la atención biomédica, la mejora en la capacidad diagnóstica de los servicios primarios de salud y la mejora de las condiciones de trabajo y atención.

Son las estructuras de primer nivel (Centros de Salud, Unidades de Salud y otras estructuras descentralizadas, como los ECOS Familiares en El Salvador y los 16 sectores de salud puestos en marcha por la Red de Servicios de Salud-SILAIS Matagalpa en Nicaragua) las que valoran como un gran logro la obtención de estos equipamientos por dos elementos básicos. El primero es que, el instrumental biomédico, como camillas para partos y citologías, espéculos, lámparas de ganso, equipos de esterilización, ultrasonidos, equipos de inserción de DIU, equipos de cirugía menor... han permitido mejorar y facilitar la atención de las mujeres en el área de Salud Sexual y Reproductiva, mejorando su atención en función de sus necesidades; y el segundo es que al equipar estructuras de primer nivel se está acercando el servicio a la comunidad, evitando que las mujeres que no cuentan con los recursos necesarios tengan que salir de su comunidad, aumentando por tanto la cobertura. Este acceso ha sido especialmente importante en la capacidad de diagnóstico temprano de riesgos o señales de peligro en mujeres en edad fértil y embarazadas. Especialmente importante fueron las compras de ultrasonidos que contribuyeron en el descenso de mortalidad materna en la zona de trabajo de Matagalpa o Honduras.



“gracias a los equipos ha mejorado la atención pues antes se mandaban a las mujeres a otro lado a hacer citologías y hoy ya se pueden hacer en el Centro de Salud”, “obtener equipos como ultrasonidos ha sido muy necesario para poder llevar el control de los embarazos...” (Personal de salud, Honduras); “En esos 16 sectores nosotros estamos partiendo de cero, donde

no teníamos nada... nosotros llegamos con nuestro personal de enfermería y médico, más el equipamiento médico, a ese lugar donde nunca antes había habido atención... imagínese un lugar donde nunca tenían atención, de repente ven que la salud es accesible y que pueden acceder a ella” (Personal de salud, Nicaragua)

Sin embargo, si bien por un lado, como se ha dicho anteriormente el equipamiento técnico en los centros es un elemento que puede hacer aumentar la cobertura, el acceso y una mejora en la calidad de la atención, pero al mismo tiempo, la no gratuidad del uso de algunas pruebas realizadas con el material entregado también puede hacer disminuir la cobertura. El factor económico aquí, actúa como una variable a tener en cuenta para el acceso y la atención de calidad. En éste sentido habría que analizar la condición en la que se encuentran las mujeres de estas comunidades y cual es su situación económica a diferencia de la situación en la que se encuentran los hombres.

“Se le puede brindar una buena atención en el Centro de Salud sin necesidad de salir de la comunidad. De todas formas las gente todavía acude poco a la consulta, por lo que se tiene que salir a las diferentes zonas y a dar educación, para ello están las voluntarias. Una de las razones puede ser por razones económicas porque nosotras cobramos 60 lps para hacer la citología. Aunque si no anda el dinero igual se le hace”. (Personal de Salud, Honduras)

Otro hecho que destacan es que la obtención de este equipamiento motiva y estimula a las personas que dan las consultas, por un lado porque el material biomédico mejora su capacidad de atención y seguimiento y por otro porque el equipamiento más estructural las hace sentir más confortables y más comprometidas con el paciente. Fue un continuo la situación en los cuatro países de ser solicitados por parte de los servicios de salud de referencia suministros médicos, muchos desechables y que no pudieron ser comprados con fondos del Convenio por su imposibilidad de inventariarlos; esta situación fue sin duda un punto que no se pudo resolver en los cuatro años de Convenio.

En el caso de El Salvador cabe destacar que gran parte del equipamiento comprado por las acciones 1 y 2, se destinaron a fortalecer el trabajo del promotor y a promotora de salud; siendo el país que más tuvo en cuenta a este perfil comunitario en su equipamiento.

El equipamiento informático también fue común a la mayoría de las acciones del Convenio, fortalecimiento que se justifica desde su intencionalidad de mejorar el sistema de información entre los diferentes niveles y estructuras organizativas que conforman el entramado de las redes de servicios de referencia para dichas acciones; tal fue el caso en los SIBASIS de Usulután (acción 2), Ahuachapán, Sonsonate y Santa Ana (acción 1 en El Salvador), o de los Distritos de Salud en Sololá (acciones 10 y 11 en Guatemala).

A lo largo del Convenio se compraron y donaron a los sistemas de salud dos ambulancias, una al Hospital de Sololá y otra al Centro Materno Infantil de Yoro; en ambas se concretaron previo acuerdo de mantenimiento y cuidado de parte del ente receptor del vehículo y significan un gran avance en las posibilidades de emergencias comunitarias que se dan en las comunidades.

Un elemento innovador que se ha destacado en El Salvador relacionado con la dotación de equipos es que a algunos y algunas promotoras se les ha proporcionado bicicletas para poder llegar a las comunidades, incidiendo así en una de las principales problemáticas sentidas por este personal de salud, ya que mejora su capacidad de desplazamiento; aunque esto esté delimitado principalmente por el tipo de orografía de las zonas y por la construcción social de los géneros, ya que son en su mayoría hombres quienes las utilizan.

Para poner en marcha esta gran inversión realizada por el Convenio, han sido muy influyentes los mecanismos de adquisición de equipamientos, puesto que la experiencia y capacidad instalada en cada una de las Socias Locales ha sido distinta. Algunas veces el proceso de inducción a las formas de MM y la AECID ha implicado un doble esfuerzo el aplicar los nuevos conocimientos, que se fueron aprendiendo sobre la marcha, lo que implicaba no solo la compra de los recursos si no la administración de los mismos.

Para el desarrollo de las compras y adquisiciones de equipos e insumos médicos así como para la elección de las licitaciones de las respectivas obras de construcción, se creó una figura a lo largo de todo el Convenio y en todos los países denominada Comités de Compras y Contrataciones, con el objetivo de darle seguimiento a estos procesos, bajo los lineamientos de los organismos financiadores. No obstante, hubieron Socias Locales que tenían la experiencia de los Comités de Compras a nivel interno de la institución y, mas allá de las horas laborales extras que pudieron generar, han sido mecanismos efectivos para la transparencia financiera en el rubro con mayor presupuesto asignado.

“no es nueva la experiencia porque nosotros a nivel interno como Muni hay un comité de compras, es una muy buena forma de poder hacer un uso adecuado de los recursos, porque no estamos adivinando a ver que pasa, realmente se compra en función de lo que se necesita, yo considero que el comité de compras ha sido una cuestión muy importante, porque ha sido muy transparente con relación a la inversión y de gasto que se ha podido hacer (Minicipalidad de Sololá, Acción 3)

Creemos que la aplicación del procedimiento de comités de decisión para infraestructuras y equipamientos se convirtió en un elemento clave de cogestión entre las Socias Locales, equipos de Medicus Mundi y autoridades del Ministerio de Salud de referencia, sin embargo en esta actividad ha habido periodos de ralentización en su ejecución que no ha permitido avanzar tal y como se tenía originalmente planteado. En el caso de El Salvador se tenía programado la entrega de los equipos biomédicos para el segundo año, pero no se compraron. Entre las causas que han influido en el retraso podemos destacar que no se tenía información actualizada sobre la existencia y calidad de los equipos en la región, ya que en algunos SIBASI habían incorporado algún tipo de equipo biomédico sin el conocimiento ni el respectivo registro de la Dirección Regional. Otro factor a tener en cuenta, son los cambios de coordinadores y coordinadores de Región y SIBASI.

A pesar de que esta dotación de infraestructuras y equipamientos es vivida de forma muy positiva y ya antes de finalizar el Convenio con resultados concretos en cifras⁷, choca con otra realidad; las dificultades en el sostenimiento de las infraestructuras y el mantenimiento de los equipos resultados del Convenio; la escasa inversión en salud de los países de la región hacen que un análisis previo de sostenibilidad sea requerido antes de poner en marcha cualquier construcción o equipamiento; un ejemplo de esta situación la encontramos en las construcciones de los Centros de Salud de adolescentes (CAISAS) construidos y equipados en el Salvador, infraestructuras que respondieron a una demanda sincera del Ministerio de salud de El Salvador, demanda que con el tiempo se fue diluyendo con el escaso seguimiento que el Programa Nacional de Adolescencia tuvo en las prioridades del Ministerio de Salud, más enfrascados en estos momentos en el proceso de Reforma nacional.

A pesar de los esfuerzos puestos en marcha por el Convenio, son muchos los retos que en materia de infraestructuras y equipamientos que todavía se tienen en la región y principalmente en países como El Salvador y Nicaragua donde las Reformas de salud están realizando un amplio esfuerzo por llegar a un nivel de descentralización que amplíe la cobertura y el acceso y que, por consiguiente, necesitan una amplia dotación de recurso humano y material.

⁷ Según el libro de registro revisado durante la sistematización, en el Hogar de Espera Materno de Morazán se ha pasado de atender en enero de 2011 a 5 mujeres y en enero de 2012 a 32

6.1.3. REGISTRANDO Y COMPARTIENDO DATOS

La limitada visión de ver el problema y no los determinantes sociales que lo rodean, durante años ha reducido el abordaje y/o la atención de la salud, ha generado otra de las debilidades institucionalmente instaladas de los sistemas públicos en la región, la limitada capacidad de registro y recogida de la información en relación a la salud. Estos **sistemas de registro** deberían significar un esfuerzo integrado de recolección, procesamiento, reporte y conocimiento sobre los cuales se asientan las bases para la toma de decisiones de la intervención y para la puesta en marcha de acciones y estrategias que aborde los problemas, riesgos y determinantes de salud.

Registrar la realidad sin ver los factores culturales, sociales, económicos y políticos que determinan el avance, estancamiento, o retroceso de la salud de hombres y mujeres y, en especial la SSyR de las mujeres, nos convierte en cómplices silenciados y silenciadas de la vulneración de derechos de mujeres y hombres a los que sus condiciones de salud van más allá de la ausencia o presencia de enfermedad y, para las soluciones a sus problemas de salud, abordarlas no requieren solo de tratamientos tradicionales de la medicina, se requiere de gente sensibilizada que pueda identificar signos y síntomas de unos patrones naturalizados como parte de la vida y que, de una manera silenciada y muchas veces imperceptibles no permiten que nos desarrollemos desde una óptica integral de la salud: la violencia contra las mujeres, violencia social, estrés, inseguridad laboral, ruidos ensordecedores, etc. son solo algunos ejemplos.

Las consecuencias del no tener información sanitaria adecuada, son ampliamente conocidas por lo que no insistiremos, sin embargo es importante señalar que todas las consecuencias pueden resumirse en una condena a la clandestinidad del fenómeno de la violencia hacia la mujer, con la consecuente imposibilidad de definir estrategias sanitarias fundamentadas en la realidad.

*“no podría generalizar pero creo que en estos equipos especializados. ECOS, que llevan un mapeo de la zona donde trabajan, que llevan el número de familias que atienden, el número de embarazadas, cuales son un embarazo que esta desarrollándose normal o en condiciones de riesgo; pero cuando les preguntamos en que comunidades habían violencia, se sorprendieron descubrir que habían familias con violencia intrafamiliar, violencia psicológica, violencia física, embarazos de niñas y que si era menor era un abuso y no importando como había sucedido constituía un abuso, y que muchos embarazos adolescentes eran vistos como normales como parte de la cotidianidad y que estas menores estaban en una condición de violencia...”
(Facilitador diplomado, El Salvador)*

Un ejemplo claro de estas deficiencias observadas a lo largo del Convenio es que los sistemas de información de las redes públicas de salud que estaban participando en él, no están diseñados desde un análisis de género, obviando de esta forma el análisis diferencial de riesgos y determinantes sociales, económicos y ambientales que afectan de manera diferente a hombres y mujeres.

Como se puso de manifiesto en el segundo Encuentro Regional de Socias Locales celebrado en la ciudad de Antigua Guatemala en el 2009, esto provoca que estas redes públicas “carezcan de los casos de mujeres que han sufrido la violencia machista..., es común que la violencia sea reducida a un cúmulo de traumatismos, hemorragias y otros daños físicos, a veces acompañados de sintomatología de naturaleza mental, el sistema de información en este caso sólo traduce de manera natural la violencia a códigos que reconocen como morbilidad; de acuerdo a patrones epidemiológicos. En este proceso de traducción se amputa lo social...”. (Memoria Segundo Encuentro Regional).

Es así como desde el Convenio se identifican una serie de elementos de los procesos de registro en el istmo centroamericano a destacar, que sentaron la necesidad de incidir en esta carencia; por ejemplo, durante el diagnóstico realizado en SSyR en Honduras se pudo observar como los Centros de Salud no tenían ningún tipo de registro sobre los casos de violencia contra la mujer por lo que se elaboró una propuesta para mejorar el sistema de información y vigilancia en SSyR de los niveles locales de salud en Honduras, integrando la violencia de género. Propuesta, realizada en 2010, derivada de talleres participativos con personal de salud de los niveles locales de los Departamentos de Cortés y Atlántida que fueron referencia para la acción 4, contando con el aval de la Secretaría de salud de Honduras; a la fecha esta propuesta no ha logrado ser asumida, más allá de un aporte técnico, por un sistema de salud con generalizadas dificultades presupuestarias y de gestión integral. Este estudio demostró que los y las profesionales de la salud no estaban capacitados para la toma de datos.

“El hecho de que las respuestas del personal de salud, presento ambigüedades en cuanto a identificar un sistema de registro, que tenga especificidad de construir referencia y contra referencia, a casos de violencia, lleva implícito el desconocimiento del sistema o lo inadecuado del mismo, planteándose en la primera hipótesis: existe pero no se conoce o no se aplica, para casos de violencia de género, la necesidad de un entrenamiento al hospital” (Investigación en Salud Sexual y Reproductiva acción 4, Honduras)

Otra experiencia a destacar en la mejora de los sistemas de registro e información se da en Guatemala con el Modelo Incluyente en Salud. Como parte de las herramientas se incluye la normativa vigente del MSPAS para la vigilancia de enfermedades transmisibles, instrumentos básicos del MSPAS para la sala situacional y los formatos para las autopsias verbales de mujeres en edad fértil. Asimismo, en el MIS se han logrado introducir otros elementos propios como las normas y protocolos para la vigilancia de siete enfermedades maya-populares, la hoja para la detección de riesgos en las visitas familiares, así como los instrumentos para la investigación de muertes en menores de 5 años y en población general. En este sentido la acción 11 propone la aplicación informática adaptada al MIS y al sistema epidemiológico nacional, construyendo una herramienta informática que permite el trabajo en red de los servicios de salud ligados al distrito de Guineales, en Boca Costa Sololá.

El modelo es un modelo institucional con un componente comunitario, que parte del supuesto de la práctica de la horizontalidad, al intentar visibilizar al sistema de salud maya como sus homólogos, y no como gente con subconocimientos; siendo que la medicina natural ancestral alternativa siempre ha sido vista con menosprecio por el gremio de salud al no considerarla científica.

Destaca también la experiencia de formación y puesta en marcha de las Salas Situacionales en Sololá, Guatemala, tratándose de una actividad desarrollada esencialmente por las acciones 10 (al conjunto de Distritos de Salud y de la propia Dirección de Área de Salud) y 11 (con énfasis en el Distrito de Salud de Guineales). En el caso de la acción 10, el avance fue sustancialmente más grande que el diseñado original; de tal manera que lo que era una simple entrega de equipos para fortalecer las Salas Situacionales distritales, se convirtió en un esfuerzo de mayor calado en el que se combinaron la capacitación de las jefaturas distritales en las bases de una sala situacional, con el desarrollo de materiales (rotafolios) que permitieran viabilizar con calidad las Salas Situacionales en el ámbito de la comunidad; es decir, articulando la vigilancia existente en cada distrito, con la dimensión comunitaria, fundamentada en la reflexión colectiva (servicios de salud y organizaciones comunitarias) y en la toma de decisiones que le son propias a la corresponsabilidad social de la salud. Estos rotafolios dinamizadores del proceso de la sala situacional comunitaria cuentan además con una guía conceptual y metodológica de uso. En el caso de la acción 11 se desarrollaron actividades comunitarias ligadas a las Salas Situacionales, en un proceso de inclusión en el análisis tradicional de dichas actividades de los componentes que le son propios al MIS.

Uno de los principales factores ligados a la problemática de los sistemas de información de los servicios de salud es la dificultad existente dentro de los propios servicios de salud y de los entes rectores del nivel central, en su escasa capacidad de monitoreo técnico; situación ligada esencialmente a la escasez de recurso para dicha actividad y a la falta de procedimientos concretos que los Ministerios de Salud requieren para tal monitoreo. En este sentido es importante destacar los esfuerzos realizados en El Salvador para el abordaje de esta problemática.

Por una parte en el marco de la acción 1 se pone en marcha la sistematización y evaluación del grado de satisfacción de usuarias/os y la calidad de atención brindada según norma en SSyR que ofrece el SIBASI Ahuachapán, investigación que permite, por una parte dimensionar el grado de satisfacción existentes en dos Unidades de Salud de dicho SIBASI y, por otra parte, presentar una metodología adaptada de monitoreo de calidad para sus servicios de salud; la investigación (disponible en la página web del Convenio) se espera sea aplicada en los esfuerzos de monitoreo que decida el Área de Salud de Occidente. En el caso de la acción del Convenio desarrollada en Usulután, se fortalecieron capacidades de contraloría social, coordinando esfuerzos organizativos existentes en comunidades y espacios de intersectorialidad; en este mismo proceso se genera, para el desarrollo de ambas acciones en El Salvador, un registro específico para la contraloría social de los servicios públicos de salud. La dinámica de La Reforma sanitaria, que ampliaba aspectos propios de la participación social a los ya existentes, provocó discontinuidad en el uso del sistema de los registros originalmente planteados.

Otro elemento importante para la implementación de sistemas de información válidos es la necesidad de dotación y formación para el manejo de herramientas tecnológicas, es así como el Convenio apoyó en muchas de sus acciones con la dotación de un equipamiento adecuado en este sentido; cabe destacar además, la formación a promotores de salud en computación para el registro de los datos de salud comunitarios que se realizó en El Salvador.

El fortalecimiento del primer nivel de salud en este país implica un reto grande ya que su énfasis está en la promoción de la salud, lo que requiere de un cambio de percepción tanto a nivel del equipo médico del Ministerio como de la concepción de salud que tiene la comunidad, por lo que estar capacitando e institucionalizando a un sector como lo son los promotores y promotoras de salud, brindándoles capacidades para el uso de equipos de computo, llevan al fortalecimiento del registro de las atenciones comunitarias dicho personal.

“... al principio uno se siente raro, porque claro a mi edad yo nunca pensé que iba aprender a usar una computadora y una llega al taller y ve al que esta, pero ahora que me facilita meter los datos, ya no tengo que venir con el montón de papeles, yo ahora motivo a los otros porque a mi me ha servido...” (Promotor de salud, El Salvador)

El sistema de salud publica a nivel regional, ha tenido durante años, una alta deficiencia en cuanto al manejo de instrumentos de registro en la que se ha evidenciado su limitada visión de la salud, sin embargo en la implementación del Convenio, se evidencian un incipiente esfuerzo regional por darle un cambio, hacia la construcción de mecanismos que garanticen registros desde un enfoque más integral de la salud, incluyente de todas las aristas que los determinantes sociales tienen en relación a las mujeres y hombres, así como en las relaciones que se establecen a partir de las condiciones sociales, políticas y económicas de cada individuo. Cabe mencionar que la centralización de la información sobre las situaciones de salud, obedece a un sistema vertical que garantiza el poder de quien maneja la información, en la toma de decisiones, el que a nivel regional se este haciendo esfuerzos para cambiar los modelos asistencialistas de la salud, podría convertirse en posibilidades que garanticen la horizontalidad del manejo de la información.

Otro punto álgido en el sistema de salud público, en relación a la fluidez de la información son los **sistemas de referencia y contrareferencia**, utilizados en la derivación de pacientes a los servicios de salud ofertados por el estado a la población, y el cual constituye una de las dificultades de los niveles primarios, quienes no obtienen las referencias de segundo y tercer nivel de atención que constituyen el sistema hospitalario dentro de la categorización de la salud pública; dificultad que impide la unificación epidemiológica en el conjunto de la red del sistema de información de salud, de donde deviene un subregistro, de morbilidades esenciales en el patrón epidemiológico de la región. Los problemas surgidos de la no circulación de la información dificultan la planificación y la distribución de recursos de los servicios de salud que sufren el subregistro, esta situación es un problema generalizado en el conjunto de la vigilancia del sistema, expresándose con mayor gravedad en aquellos fenómenos de salud que son de reciente incorporación dentro de las prioridades de los Ministerios de Salud; tal es el caso de la violencia de género.

Durante el Convenio, se pusieron en marcha algunas iniciativas para contrarrestar estas deficiencias entre las que queremos destacar:

Boleta de referencia de atención de mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar, violencia contra las mujeres y violencia sexual y protocolo de uso de la boleta para los servicios de salud pública de Quezaltenango, Guatemala. Puesto en marcha por organización Nuevos Horizontes, en un proceso de incidencia acompañado de la construcción de un espacio intersectorial para el combate de la violencia de género en dicho municipio; elabora y propone la aplicación de una boleta específica para la detección de casos de violencia de género por parte de los servicios de salud, al mismo tiempo que ata la aplicación de dicho registro con un manual de aplicación del instrumento; el proceso de incidencia emprendido por Nuevos Horizontes permitió que la Dirección de área de Salud de Quezaltenango asumiera, en un Convenio interinstitucional (2009) la aplicación de este registro, estableciéndose por primera vez en su red de servicios de salud la violencia de género como problema de salud. Posteriormente, con la puesta en marcha del proyecto regional AECID/Fondo de Poblaciones, se establece un protocolo oficial para la vigilancia y atención de la violencia sexual; protocolo que se facilita en su aplicación en una Dirección de Salud previamente sensibilizada sobre la importancia de contemplar esta forma de violencia machista en su sistema de vigilancia epidemiológica. En el 2012, como resultado de las elecciones presidenciales realizadas en Guatemala, se producen cambios masivos en las Direcciones de Áreas de Salud en todo el país, cambios que no fueron la excepción en el caso de Quezaltenango, situación, que como se comentó anteriormente en el presente documento, atenta contra la continuidad de los procesos emprendidos o los logros obtenidos.

Es también un ejemplo el sistema de referencia y contrareferencia en el MIS en donde, además de la interconexión entre estructuras de primer nivel con las del tercero (Hospital de Mazatenango), se pone en marcha un sistema de referencias y contrareferencias con terapeutas maya-populares, existe un instrumento (visual) de referencia de casos probables o sospechosos de enfermedades maya-populares a terapeutas maya-populares.

Dentro de la cosmovisión maya, durante siglos esta población han sabido generarse su propio sistema de salud, dentro de su estructura social hay personas que fungen como sabios y alivian con métodos propios, diferentes padecimientos de sus pueblos, una acción asertiva durante este Convenio ha sido el de considerar este grupo poblacional, como un grupo homólogo con el que se intercambia saberes y experiencias; durante años el Ministerio siempre ha trabajado con las comadronas, limitando su trabajo a la identificación de riesgos durante la gestación, señales de peligro y las referencias hacia el sistema de salud. En este sentido desde la acción 11 se ha desarrollado un trabajo con sacerdotes mayas, sacerdotisas mayas, con curanderas, en consecuencia se tiene a las comadronas como comadronas, pero también en las reuniones como terapeutas mayas. Se trata de un trabajo de aprendizaje mutuo, evitando sesgos desde el principio.

“Con los terapeutas era un tema más de establecer una relación permanente de trabajo con terapeutas mayas, son reuniones de aprendizaje, de intercambio, antes del modelo eso si no lo hacían, si hacían formación de comadronas al estilo clásico, ahí fue un cambio de enfoque o se va dando ese cambio. Los terapeutas además son líderes, la gente les sigue a ellos” (Equipo técnico acción 11, Guatemala)

Un último ejercicio a destacar son las boletas de referencia y contrareferencia utilizadas en la acción 3 de Guatemala por la Asociación VIDA y Xocomil que si bien, no surgen directamente del Convenio, al ser propias del Ministerio, su aplicación se ha visto más ampliada a lo largo de la ejecución. Se trata de un registro ya existente dentro del sistema de vigilancia comunitaria, pero que no acaba de consolidarse en su aplicación; en este sentido los equipos de Xocomil y VIDA fomentaron su utilización en las referencias comunitarias de los Comités de Emergencia, especialmente hacia el sistema primario de salud, a los que la población rural que describe el conjunto de comunidades en las que el Convenio fortalece en sus Comités de Emergencia, suele acceder. Esta estrategia fue el resultado de las coordinaciones, facilitadas por la Oficina Técnica de Cooperación de la AECID en Guatemala, entre dos procesos de fortalecimiento de los Comités de Emergencia y a partir de dos Convenios de cooperación de AECID (el Convenio regional de Medicus Mundi y el Convenio de la ONG CESAL). Con el fin de evitar duplicidades se complementaron las acciones de apoyo a la estrategia nacional de mortalidad materna en el Departamento de Sololá; de esta forma las Asociaciones VIDA y Xocomil se encargaron de la consolidación, mediante formación y apoyo organizativo, de los Comités de Emergencia comunitarios, asumiendo el compromiso de que éstos refirieran de manera adecuada a los Centros de Salud, centros en los que se focalizaría el mayor apoyo del Convenio CESAL.

Pese a estos intentos, en algunos países como en Guatemala, se ponen de manifiesto como muchas de las actitudes de irrespeto y discriminación que persisten en el personal de salud, con enormes barreras interculturales, suponen una enorme barrera para la aplicación adecuada de estos mecanismos.

“En San Lucas una comadrona bien capacitada refirió a su paciente al centro de salud, cuando la comadrona llega al hospital presenta su boleta de referencia y el doctor la envuelve en la basura...”. (Equipo técnico acción 3, Guatemala)

6.1.4 NOS ENFRENTAMOS A UN RETO: LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Es importante antes de realizar un análisis de las acciones y/o procesos de participación social puestos en marcha a través del convenio concretar el enfoque desde donde se realiza esta reflexión.

Es así como, partimos de que la participación es una dinámica mediante la cual las personas se involucran de forma consciente y voluntaria en todos los procesos que les afectan directa o indirectamente, desde la toma de decisiones, en las acciones, en la evaluación, etc. Esto implica que las personas se sientan parte de algo, interviniendo y compartiendo el proceso, el cual deviene finalmente en un proceso colectivo y de interlocución con las y los diferentes actores implicados.



Por consiguiente, en el ámbito de la salud pública, la participación social constituye un proceso mediante el cual, los miembros de una comunidad, de manera colectiva, desarrollan la capacidad de asumir mayor responsabilidad para evaluar sus propias necesidades de salud, para planificar y decidir respecto a sus soluciones, para crear y mantener organizaciones que apoyen estas metas de forma progresiva y para observar y controlar la gestión de las y los prestadores de servicios, la fiscalización de la correcta utilización de los fondos públicos y de la ejecución presupuestaria, en un ejercicio de corresponsabilidad que involucra a todos los actores.

Es, en este sentido, donde el convenio ha tenido pequeños ejercicios orientados a generar esas capacidades dentro de diversas estructuras organizadas de las comunidades. Un ejemplo claro, aunque limitado, es el trabajo desarrollado con los Comités de Salud por parte de los equipos de las acciones 1 y 2 en El Salvador, trabajo orientado a la sensibilización en torno al derecho a la salud mediante talleres relacionados con lo que significa la privatización de la salud o destinados al análisis de la nueva reforma; foros consultivos donde los y las lideresas aportan sus puntos de vista en relación a la reforma de salud; pequeñas experiencias a nivel local de contraloría, desarrollo incipiente de sistemas de monitoreo a la calidad de atención en SSyR.

“Gracias a MM hemos logrado comprender los derechos que el ciudadano tiene para una consulta mejor” (Comités de Salud, El Salvador)

Otro ejemplo serían las estructuras comunitarias existentes en Nicaragua (acción 7), donde, gracias también a La Reforma que continúa poniéndose en marcha en el país; la cual prioriza la participación ciudadana como eje fundamental de las políticas públicas en salud; son estas estructuras representadas mediante los Consejos del Poder Ciudadano en estrecha coordinación con los servicios descentralizados de salud los que hicieron posible la apertura de algunos de los Sectores de Salud previstos en el Convenio, en un ejercicio claro de coordinación y participación en función de los recursos disponibles.

“esta gente se compromete y están conscientes, los líderes comunitarios, los consejos del poder ciudadano que son estructuras que se vienen organizando en función de una de las políticas de salud que es la participación comunitaria..., en comunicación y en coordinación con ellos nosotros..., prácticamente es esta ciudadanía la que hace todas estas gestiones para buscar el local donde nosotros nos vamos a ubicar...” (Personal de salud, acción 7, Nicaragua)

Sin embargo estas acciones, si bien fortalecen los posicionamientos y las capacidades de análisis de su propia realidad y amplían los niveles de interlocución entre las comunidades y el sistema, no ha logrado estructurarse de forma sistemática en espacios de interlocución válida y continuada para la toma de decisiones y la estructuración de estrategias en torno a la salud; unido a que, dependen en gran medida del financiamiento externo y de las ONG, donde la comunidad participa poco o nada en el diseño de instrumentos y métodos de contraloría.

Más limitado aún ha sido este ejercicio en otros países donde se han apoyado estructuras comunitarias, nos referimos principalmente a los y las voluntarios de salud en Honduras y los Comités de Emergencia en Guatemala, que si bien, a lo largo de los procesos formativos desarrollados con ellos van adquiriendo mayor conciencia de los derechos que les corresponden en relación a su salud y, pueden llegar a realizar algún ejercicio de reivindicación de los mismos, como el hecho de quejarse frente a una atención inadecuada; no se convierten en estructuras consolidadas que puedan llegar a desarrollar ejercicios efectivos de corresponsabilidad en el manejo de la salud.

Por supuesto que, este hecho es multicausal y no pasa simplemente por las capacidades construidas en las organizaciones comunitarias, sino que tiene unas bases mucho más profundas dentro de los propios sistemas de salud y en el contexto general de cada uno de los países.

El asumir la participación social como un eje prioritario para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, implica una redefinición del rol del estado frente a la sociedad civil e implica por parte de las instancias de salud un ejercicio de apertura, transparencia y planificación conjunta que tome en cuenta a todas y todos los actores clave de la zona; instituciones de gobierno nacionales y locales, instituciones locales como las municipalidades; organizaciones sociales y, lo que es más importante, las propias comunidades, considerándolas capaces de definir y estructurar su propio desarrollo en materia de salud.

Este planteamiento no deja de ser problemático para el sector salud, considerando que su cultura institucional está basada en una concepción biomédica de la salud en la cual el o la profesional y/o especialista es quien tiene el mayor poder de decisión respecto a la salud, convirtiendo a la población en usuaria, conjuntos de riesgos o beneficiarias de servicios. Esta cultura tan arraigada trae consigo la tendencia a poner límites a la participación real de la población y en la construcción institucional de anticuerpos ante cualquier proceso de contraloría o auditoría social

Este hecho se ha puesto de manifiesto a lo largo de todo el convenio, donde normalmente las estructuras organizadas de participación comunitarias como los Comités de Salud en el caso de El Salvador y Honduras y los Comités de Emergencia en Guatemala son vistas por parte del personal de salud simplemente como apoyo comunitario al sector salud en su trabajo y no como participantes y tomadores de decisión activos dentro de él.

“los comités de salud a nosotros nos ayudan, si hay algún enfermo nos llaman y nosotros inmediatamente nos desplazamos, ese es uno de los fortalecimientos de la organización porque ya ellos nos están ayudando” (Personal de salud, El Salvador)

De la misma forma son vistos los grupos de voluntarias y voluntarios con los que el convenio ha trabajado en Honduras, pero en este caso no solo por parte del personal de salud, sino que también las propias organizaciones que les han venido dando seguimiento, sin que se haya puesto en marcha ninguna estrategia para desarrollar una conciencia de participación colectiva.

Por tanto, a pesar de la intervención del convenio, se perpetúa un elemento puesto de manifiesto en la investigación sobre la participación social en salud elaborada durante el convenio: *“a requerimiento de los servicios de salud, la población se sigue movilizando en campañas de limpieza, vacunación humana... Se trata de una participación fundamentada en el activismo y no en la toma de decisiones o en la definición de estrategias; las comunidades son vistas desde este enfoque..., como manos, voluntariado...”*

A todo ello se le suma, la frágil sostenibilidad que atraviesan las estructuras comunitarias de salud apoyadas en el convenio, cuyo accionar normalmente está empujado por algún proyecto de cooperación, con el riesgo que esto implica una vez terminadas las intervenciones. Nos volvemos a encontrar aquí con los Voluntarios y Voluntarias y con los Comités de Emergencia, que si bien, las diferentes instancias de salud de los países asumen de forma tácita su apoyo, no es un garante de continuidad.

“yo creo que hay grupos que ya están convencidos y que seguramente van a seguir, pero hay otros que cuando hay recurso trabajan y cuando no, se terminó, en todo caso la responsabilidad legalmente es del Ministerio de Salud con el apoyo organizativo de la municipalidad” (Municipalidad Sololá, Guatemala)

Si sumamos esto a la visión ya expresada que se tiene de estas estructuras por parte de los sistemas públicos, nos encontramos con un caldo de cultivo que frena el desarrollo de procesos de participación social de las comunidades a mayor escala.

De igual forma, no debemos olvidar que, el contexto de pobreza que atraviesan las comunidades y por tanto las personas que conforman las organizaciones comunitarias, así como las situaciones de represión que se vive en la región en respuesta a la organización social y a la demanda de derechos, sobretodo, en países como Guatemala y Honduras, son también condicionantes para un ejercicio efectivo de la participación.

“...la situación es que por las condiciones de los municipios, las condiciones de pobreza la gente tampoco puede estar haciendo eso, puede estar participando en la noche en alguna reunión, pero no puede estar todo el día. Hay algunos que tienen ocho hijos y no van a dejar de dar de comer a esas ocho personas por ir a una reunión” (Municipalidad Sololá, Guatemala)

En contraposición a todos estos elementos, se ve como las reformas en los sistemas de salud puestas en marcha en países como Nicaragua y El Salvador, han supuesto ciertos avances en esta materia al contar con apuestas más decididas, con, supuestamente, menores resistencias y; con una intencionalidad de pasar de los discursos recurrentes, implícitos en los marcos políticos y normativos, a una práctica real.

En el marco del convenio, si bien estas reformas son vividas claramente como elementos facilitadores, también producen una fuerte indefinición debido a, todavía, la ambigüedad y poca claridad a la hora de establecer mecanismos y visiones claras que concreten la participación social en el ámbito de la salud.

“Cuando el Ministerio lanza la reforma llega un vacío nacional de la gente que hemos querido hacer participación social” (Equipo Técnico acciones 1y 2, El Salvador)

Pese a ello, La Reforma en El Salvador ha permitido la consecución de uno de los mayores logros del convenio en este eje. La participación activa de Medicus Mundi en un espacio nacional de concertación, el Foro Nacional de Salud puesto en marcha por parte del Ministerio. Mediante este mecanismo se desarrollaron una serie de foros regionales de consulta con la sociedad civil, obteniendo insumos de la población para que el Ministerio de Salud los tomara en cuenta en el diseño de planes, estrategias y políticas. Es en este espacio donde el Ministerio establece una serie de compromisos públicos en materia de participación social, facilitar el trabajo intersectorial, apoyo con recursos, elevar la capacidad de negociación y de interlocución del Foro, fomentar la contraloría social..

“El esfuerzo del Foro nos ayuda a hacer este ejercicio de participación social, ahora vamos a un taller de dos días con el Foro donde vamos a discutir, como van esos ocho ejes de la reforma, que cosas hay que acelerar, que cosas se han hecho bien y que cosas no se han hecho bien, y que podemos hacer en los dos años de ejercicio que faltan”. (Personal de Salud, El Salvador)

Sin embargo, a pesar del enorme esfuerzo de participación e incidencia que supone este espacio, cabe preguntarse ¿cuál es el ejercicio de participación que realmente realizan las comunidades en él?, ya que, si bien se realizan consultas comunitarias, son los equipos de las organizaciones sociales y ONG, en nuestro caso los equipos del convenio los que participan en él, volviéndonos a encontrar con una enorme fragilidad para el acceso real de las comunidades a su participación.

Otro elemento que se ha dado en el esfuerzo de promoción de la participación social durante el convenio, ha sido el apoyo a la intersectorialidad. Destacan nuevamente ejemplos como El Salvador, donde es un eje prioritario de La Reforma impulsada, que si bien ya era un elemento que existía anteriormente, se le da

una prioridad mucho mayor y bajo un enfoque más local, lo que posibilita un ejercicio de participación más efectivo por parte de las estructuras comunitarias. Es así como Medicus Mundi se suma a este esfuerzo logrando consolidar estas redes locales por ejemplo en Santa Catalina Masahuat, Corral de Mulas, Nuevo Amanecer...

“La intersectorialidad si se ha dado durante mucho tiempo, lo único que hay de diferente ahora es que antes se hacía de una forma más macro y ahora se hace más micro, antes se atendía a un municipio completo y hoy se atiende de acuerdo a los ECOS, y eso está facilitando el proceso de soluciones a las necesidades de nuestras comunidades donde todos los actores locales o los líderes comunitarios están participando en el mejoramiento de las condiciones de salud” (personal de salud El Salvador)

Esta visión más comunitaria de la intersectorialidad es importante para abrir canales de participación real a las comunidades ya que, muchas veces su participación en estas estructuras de concertación interinstitucional en los niveles municipales, departamentales y, no digamos nacionales, es más bien un espejismo, como en el caso de Guatemala en los COMUDES, donde el idioma, la institucionalización del espacio y las metodologías de trabajo en él son unas enormes limitantes para las representaciones comunitarias que llegan a él.

“la realidad es que tu vas a un COMUDE y se convierte en un espacio eminentemente institucional y dentro de esto, copado por las instituciones de desarrollo... y los comunitarios no entienden ni papa, entonces pues la participación está sesgada”. (Equipo técnico Acción 10)

En otras ocasiones, como en Honduras, no existe como tal una estructura de participación social integrada por los actores clave (municipalidad, sociedad civil organizada, secretaría de salud, comités de salud) que funcione para tener una visión y una planificación conjunta en torno a la salud y más concretamente en torno a la salud sexual y reproductiva, sino más bien se trata de espacios informales construidos alrededor de la ejecución de proyectos como es el caso del Convenio. En este sentido el convenio ha venido a fortalecer estas articulaciones pero sin crear mecanismos que perduren en el tiempo.

Sin embargo, cabe destacar también dentro de este esfuerzo de intersectorialidad, la Red de Apoyo para Atención de Mujeres sobrevivientes de Violencia intrafamiliar, violencia contra las mujeres y violación de derechos sexuales y reproductivos promovida por Nuevos Horizontes en el desarrollo de la acción 3, en ella participan instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales. Si bien tampoco es un espacio de participación para las comunidades, son ejercicios de participación e incidencia de otras expresiones organizativas de la sociedad civil.

Como se puede observar, el eje de participación social del convenio ha sido disperso y sin una visión común de hacia donde ir. Este hecho sienta sus bases en la ambigüedad de marcos legales en los países, las resistencias institucionales anteriormente mencionadas, la atomización de la sociedad civil organizada, la exclusión social de personas y colectivos, la biografía de represión que han sufrido los procesos de empoderamiento social en las sociedades donde se pretende impulsar dichos procesos y en las propias carencias que MM tiene sobre este componente, sin contar con un enfoque y una estrategia clara en este sentido.

“No hemos dado el tiempo para la discusión. Si la federación ha discutido el posicionamiento en SSR, ¿por qué no el tema de participación social?, tendríamos que lograr aterrizar en la política de participación social de MM como país, porque si no, se hace en función de como piensa cada uno”. (Equipo Técnico)

Nos encontramos así con posicionamientos divergentes y encontrados, desde posturas que defienden que, las personas solo realizarán un ejercicio de participación efectivo una vez hayan vivido y gozado de lo que significa ese derecho a la salud; lo que plasma un inmovilismo frente a la promoción de la participación social en pos de una orientación a brindar servicios. Hasta dudas sobre si la construcción de procesos de participación social tienen que pasar por el apoyo a las estrategias que tienen los Ministerios de Salud en esta materia, lo que pone en duda el propio enfoque del Convenio ejecutado.

“Yo mantengo que vos puedes hablar de derechos con las personas si la gente goza de ese derecho, yo le puedo decir a la gente usted tiene derecho, pero lo que tiene es un voluntario que tiene un botiquín, así chiquito y que lo ve una vez al año, luce por sus derechos, yo quiero comer, que trae”. (Personal Medicus Mundi)

“Ahora estamos entre el dilema que el ministerio tiene que bajar estos procesos y el convenio dice..., fortalecimiento al sistema de salud y ahí estamos con el ministerio pero... ¿y la sociedad civil?. En esa línea veníamos y sin Ministerio... Ese es el como el pequeño problema que tenemos... para MM que viene trabajando con el fortalecimiento de la sociedad civil por el derecho a la salud, ¿que va a pasar?... Es lo que tenemos que pujar porque es lo que tenemos a nuestro favor y no diluirnos tanto en el Ministerio. Al interior del equipo no ha habido uniformidad”. (Personal Medicus Mundi)

Unido a lo anterior, tampoco las organizaciones sociales que han participado como Socias Locales cuentan con estrategias claras de como promover la participación social, lo que ha provocado que, a lo largo del convenio, el trabajo en este sentido haya sido, en la mayoría de los casos, un conjunto de acciones sueltas e inconexas entre sí.

“Trabajamos con organizaciones sociales que no forman parte de movimientos sociales y con una visión reducida de la participación social”. (Unidad de Gestión)

Este hecho se puso de manifiesto durante el encuentro regional realizado en Matagalpa en noviembre de 2010 donde se afirma que, a pesar de que “*existe unanimidad a la hora de asumir la participación social como condición del éxito, la legitimidad, el sostenimiento o la cogestión de intervenciones sanitarias, programas o cualquier otra forma en la que se pretenda construir condiciones de salud en una población determinada*”, sin embargo, a pesar de tal consenso, se observa “*la asimetría de alcances en el sentido de tener mayores logros en aquellos resultados ligados a lo que podíamos describir como de fortalecimiento puro y duro del sistema público de salud (infraestructuras, equipamientos, formación de personal de salud), en detrimento de aquellos resultados encaminados a construir participación social afín a la incidencia y en el marco de espacios de participación construido desde el propio Estado o, como iniciativa de la sociedad civil*”⁸. Este encuentro fue un esfuerzo realizado por parte de la Unidad de Gestión con el fin de reorientar el enfoque de trabajo en torno a este componente del convenio sin embargo, a pesar del esfuerzo realizado no logró obtener frutos en lo concreto más allá de las reflexiones colectivas que por supuesto dejaron posos en cada uno y una de las participantes.

8 Memoria tercer encuentro regional, Matagalpa 2010

6.2. SIN COORDINACIÓN NO HAY ACCIÓN

Como ya hemos visto en puntos anteriores, muchas y muy variadas han sido las relaciones, articulaciones y coordinaciones establecidas para poder llevar a la práctica el presente Convenio, con una amplia gama de entidades y personas involucradas en su ejecución.

Nos encontramos así, un **primer nivel de relación** establecida **entre las propias asociaciones que se estructuran alrededor de la Federación de Médicos Mundi** y sus respectivos equipos en cada uno de los países de la región centroamericana y en España (MM Aragón, MM Madrid, MM Andalucía, MM Asturias, MM Bizkaia y MM Navarra), destacando en primera instancia como el presente Convenio ha sido la primera experiencia de trabajo regional y con seis Asociaciones integradas en un mismo esfuerzo, lo cual es valorado en sí mismo de forma muy positiva, sin estar exento de numerosas dificultades y desprendiendo un sin número de aprendizajes a ser retomados para futuras propuestas.

Es así como se muestran varios elementos de análisis a tener en cuenta y que nos remontan a la propia identificación de la propuesta de lo que luego fue el Convenio.

Cada una de las Asociaciones que conforman la Federación de Medicus Mundi, ha venido realizando por numerosos años múltiples trabajos en cada uno de los países de la región, encontrándonos con que, en todos ellos, tienen presencia dos o tres asociaciones de Medicus Mundi, con socios locales, zonas geográficas e intervenciones diferentes entre sí. Esta enorme diversidad de experiencias, trayectorias y enfoques de trabajo pudo haber sido una riqueza en sí misma, sin embargo, al no haberse desarrollado desde el inicio coordinaciones más efectivas, con una clara visión de trabajo conjunto y un desarrollo de estrategias compartidas, se ha convertido en una fuerte limitante desde la propia identificación de la propuesta hasta su ejecución.

Durante el proceso de identificación si bien se establecieron una serie de lineamientos comunes para todos los países, se encomendó a las propias asociaciones que hicieran la identificación según sus propias necesidades y lineamientos, lo que supuso un enorme esfuerzo de consolidación. Sin embargo, a pesar del esfuerzo realizado, no se logró concretar una propuesta inicial uniforme, integradora y complementaria. Se diseñaron por tanto diferentes acciones que si bien tienen algunos elementos comunes, como la dotación de infraestructuras y equipamientos, el fortalecimiento de capacidades del personal de salud..., son acciones independientes y aisladas entre sí en función de la Asociación de MM y de las Socias Locales encargadas del diseño.

“...el proceso de consolidación fue complejo, nos sorprendió un poquito la diversidad de planteamientos a pesar de que habíamos empezado por definir unas líneas generales, nos sorprendió después de que lo que llegaba había demasiada dispersión. Hubo que hacer un esfuerzo grande, lo hice como pude y fracasando un poco en el intento porque hay algo de un Convenio uniforme y también hay algo de una suma de acciones, cosa que no debería ser, se hizo como se pudo y hasta donde se pudo...pero no se podía hacer al 100 % porque la realidad era muy dispersa” (Unidad de Gestión)

El único ejemplo donde las acciones ubicadas en un mismo país fueron diseñadas y han tenido una lógica de intervención simétrica ha sido en El Salvador con la acción 1 y 2, este hecho posiblemente se deba a la existencia de una representación conjunta de las dos Asociaciones de Medicus Mundi en el país (Aragón y Andalucía). Aún así, a pesar de este esfuerzo, en la práctica aún falta mucho para lograr una articulación más consolidada y se ponen de manifiesto diversos problemas para buscar consenso.

“En El Salvador hay un trabajo de articulación, se ve en una sola oficina, a pesar de que no se logra romper con las barreras que existen entre Aragón y Andalucía, con una única representación”. (Unidad de Gestión)

Esta tendencia a compartimentar las acciones que resultó del propio diseño del Convenio, implicó a posteriori grandes esfuerzos de coordinación de agendas, en ocasiones dispares de acuerdo a la tradición del trabajo que cada Asociación tenía en el país. La ausencia de una estrategia común promueve en si misma la tendencia aislante que suele conllevar el énfasis en los cumplimientos de metas; se trata entonces de unificar criterios de intervención entre las propias Asociaciones de Medicus Mundi y en conjunto con las Socias Locales, previo a sus aterrizajes en el terreno.

De igual forma, en los casos en que se cuenta con presencia de representantes institucionales, específicamente en Honduras (Medicus Mundi Bizkaia y Medicus Mundi Asturias), Guatemala (Medicus Mundi Navarra y Medicus Mundi Bizkaia) y el Salvador (Medicus Mundi Andalucía y Medicus Mundi Aragón); la coordinación entre la UG El Salvador y dichas representaciones de Medicus Mundi han estado determinadas por el grado de coordinación y seguimiento al Convenio planteado desde las sedes de dichas Asociaciones.

Muchos son los factores que abonan a esta debilidad en relación a las coordinaciones establecidas entre las Asociaciones de MM; el propio devenir de las Asociaciones en cada uno de los países; su forma de entender la cooperación; los enfoques de trabajo...; todo ello unido a una serie de elementos de carácter personal, como son los propios egos que construyen estructuras muy personalistas, con cierta verticalidad en la manera de entender los proyectos y de relacionarse con las personas y los recursos, lo que hace imprescindible de cara a lograr un trabajo más articulado contar con una clara voluntad de unificar y de poner en marcha metodologías de coordinación que permitan construir una estrategia común.

A pesar de esta gran limitante, se valora de forma positiva como el Convenio ha provocado que salieran a la luz estas problemáticas existentes entre las Asociaciones de Medicus Mundi, y a lo largo del mismo existen numerosos ejemplos que muestran una serie de avances en los procesos de coordinación y relación entre las Asociaciones que conforman la Federación, identificándose como un elemento a reforzar en futuras experiencias de trabajo conjunto.

Muchos de estos avances han sido provocados por la Unidad de Gestión tanto en San Salvador como en España, en muchas ocasiones como un intento de solución a conflictos y/o diferentes situaciones que estallaban durante la propia ejecución. Ejemplo de ello son algunos ejercicios de coordinación y formulación de estrategias comunes puestos en marcha a lo largo de la ejecución:

- Representación conjunta de Medicus Mundi ante las Oficinas Técnicas de Cooperación.
- En Guatemala se promovieron diversas reuniones entre las coordinaciones y representantes institucionales de Medicus Mundi, discutiendo una agenda única.
- Al mismo tiempo se generaron espacios de trabajo conjuntos en las sedes de las Asociaciones (Consejo de Asociaciones), donde se sostuvieron reuniones periódicas, pero puntuales de trabajo, a veces con la implicación de parte de las Asociaciones de Medicus Mundi (a causa de agendas comunes de trabajo), otras, en la sede de la Federación en Madrid, para análisis generales del conjunto del Convenio. En el último Encuentro Regional de Socios locales del Convenio (Tela, Honduras, Noviembre 2011) se logró por primera vez la participación de representantes de las cinco Asociaciones de Medicus Mundi ligadas al Convenio; en los tres restantes también se dio la participación de Asociaciones que fueron constantes en su presencia institucional en estos eventos centrales en la definición de consensos estratégicos comunes para todas las acciones.

“...de hecho se constituyó un consejo de asociaciones que era el órgano máximo a nivel de gestión y de decisiones políticas para el funcionamiento del Convenio... El consejo de asociaciones nos reuníamos una vez al año presencialmente en Madrid, al principio había más reuniones, hemos mantenido varias reuniones por skype y se ha mantenido comunicación muy fluida por correo electrónico...” (Unidad de Gestión)



Real

Un **segundo nivel de relación** es el vivido dentro de **la propia estructura organizativa** creada para la ejecución del Convenio. Si bien esta estructura tiene sus peculiaridades en cada uno de los países, cuenta con elementos comunes, encontrándonos con la Unidad de Gestión (tanto en El Salvador como en España); las oficinas técnicas de las Asociaciones de Médicos Mundi; los y las coordinadoras de país y, finalmente, los equipos de cada una de las acciones, bien adscritos directamente al Convenio o a través de alguna Socia Local.

Toda esta estructura ha significado un entramado muy complejo de articulaciones que, a pesar de algunos limitantes manifestados a lo largo de este proceso de sistematización, ha logrado llevar el esfuerzo del Convenio a buen término.

“ha sido eficaz, ha permitido poder hacer el seguimiento y gestionar el día a día del Convenio y sus acciones desde la realidad de la organización que es la diversidad y la complejidad” (Unidad de Gestión)

Se ha contado con una Unidad de Gestión con un alto perfil en cuanto al seguimiento técnico, administrativo y contable del conjunto de las acciones que se proponían en los cuatro países de la región. La coordinación entre la UG con sede en el Salvador y España ha tenido una bifurcación operativa, en el sentido de que la UG con sede en Zaragoza privilegió la articulación de esfuerzos comunes, el manejo de conflictos y la participación activa de las Asociaciones de Medicus Mundi en decisiones centrales de cada acción y, la sede

en El Salvador, asumió máximas responsabilidades en el seguimiento cotidiano del acontecer operativo, lo que conllevó en general a altos niveles de empoderamiento frente a los Socios Locales y equipos de Medicus Mundi más allá de las Asociaciones de Medicus Mundi con representación en los países.

Esta fuerte presencia de la Unidad de Gestión, según algunas opiniones, fue un elemento que, en un principio costó de ser asimilado por parte de algunas representaciones de Medicus Mundi, pues en el fondo era vivido como una especie de “amenaza” y de “control”, sintiéndose más observados en la forma de dirigir la organización. Pese a esto, a medida que fue avanzando el proceso, se pone de manifiesto como todas las Asociaciones de Medicus Mundi y las Socias Locales elogian y agradecen el trabajo de coordinación, acompañamiento y seguimiento realizado por la Unidad de Gestión en El Salvador. Como se ha manifestado anteriormente, el punto de partida del Convenio era un auténtico reto en todos los sentidos por lo que se considera que *“hubo acierto o mucha suerte en la selección de las personas que han compuesto la UG de El Salvador, quienes han tenido una capacidad de entrada con las Socias Locales y con los equipos muy buena”*

“Yo siento que Jorge y Mirella mis respetos a nivel de desempeño y a nivel de compromiso para que esto siga adelante” (acción 11, Guatemala)

Las complejidades de los problemas que tuvieron que abordarse a lo largo de los cuatro años de Convenio incidieron en gran manera en una comunicación fluida entre la UG y las Asociaciones; comunicación canalizada más desde la existencia del problema o urgencia, que desde un proceso estable de coordinación cotidiana. El nivel de seguimiento a determinadas Socias Locales por parte de la UG fue en ocasiones tan intenso que la triangulación entre Socia Local, UG y Asociación de Medicus Mundi se cargó de confusión a la hora de tomar una determinada decisión, especialmente se hizo evidente esta situación en los casos en que no había una coincidencia entre los planteamientos de la Asociación y los de la Unidad de Gestión.

“La UG es un conjunto, la que está acá y la de España. Es un ente asesor y hace todo el acompañamiento técnico y administrativo del Convenio, quienes deben tomar las decisiones deben ser las Asociaciones. Lo que pasó es que no se si por el activismo de la UG; o porque la Asociación está en muchas historias; o porque se acomodaron a delegar esta responsabilidad, quien ha asumido el asesoramiento ligado a la toma de decisiones ha sido la UG”. (Unidad de Gestión)

Todo ello se acrecienta porque, si bien desde un inicio se planteó cual era el papel de cada una de las estructuras organizativas del Convenio, fue desde unas definiciones muy generales, existiendo percepciones diferentes de cuales debían ser las responsabilidades a asumir por cada una de las partes implicadas, existiendo una menor implicación de la esperada por parte de algunas Asociaciones, no solamente en lo referido al seguimiento técnico y administrativo sino también en el propio seguimiento, pensamiento y orientación global de la acción.

“Las funciones se defnieron pero quizá faltó hacerlo con mayor detalle en algunos aspectos, dimos por supuesto que todos entendíamos lo mismo con una definición más general y no era así”. (Unidad de Gestión)

Otro elemento que ha contribuido a esta situación es el hecho de que la figura de coordinación de país ha tenido unas funciones muy difusas e incluso limitadas y básicamente de apoyo a la Unidad de Gestión. Esta circunstancia pudo haber estado motivada por esa indefinición de funciones ya expresada pero también posiblemente porque esta figura en casi todos los países ha sido puesta a disposición del Convenio por la estructura de Medicus Mundi en el país o en el caso de Nicaragua por la estructura de la Socia Local, con las limitantes que devienen de una multiplicidad de funciones más allá del propio Convenio.

Las debilidades técnicas y administrativas de las que partían la gran mayoría de las Socias Locales, su dependencia del financiamiento, unido a la biografía de seguimiento que se ha llevado por la Asociaciones de carácter en cierta medida muy paternalista, ha dado origen a una coordinación orientada a la intervención técnica más que a la construcción de espacios horizontales para la toma de decisiones y la construcción colectiva de propuesta y enfoques.

“Hay un problema en el modo de hacer seguimiento y eso lo alimentó también la UG, que hace un seguimiento muy en la cocina de las organizaciones... ver desde la contabilidad general hasta el último taller, la última investigación...” (Unidad de Gestión)

Se han producido así situaciones límite entre algunas de las Asociaciones de Medicus Mundi y Socias Locales, como es el caso de la acción 4. Muchas son las causas implícitas en este caso: desconocimiento previo entre ambas instituciones, sin un diagnóstico inicial de la situación de la organización, una gran debilidad institucional de la organización local, conflictos entre las personas involucradas, formas de seguimiento que generaron cortocircuitos... Sin embargo, la intervención de la Unidad de Gestión y de personal de sede o direcciones institucionales con un mayor acercamiento, fortalecimiento y reconocimiento de sus puntos fuertes evitó la ruptura definitiva de las relaciones.

“yo creo de que todo comenzó muy bien pero no sé en donde se perdió esa relación entre Medicus Mundi con la coordinación de ENMUNEH, sabemos de que los proyectos los ejecutan personas y cada quien tiene su propia persona de ser, su propio carácter y de repente entramos en un nivel de intolerancia” (acción 4, Honduras)

En otra línea de la estructura organizativa, si nos fijamos en las coordinaciones establecidas entre los equipos de trabajo de las acciones desarrolladas en un mismo país, vemos como han sido muy pocos y limitados los espacios para hacer viable un nivel de relacionamiento que permitiera construir lineamientos y formas de intervención comunes. Sin embargo se han hecho grandes esfuerzos que van desde pequeños espacios de intercambio de experiencias como la visita a la experiencia del Modelo Integral de Salud de la acción 11 por parte del personal de la acción 10 o los intercambios de experiencias entre refugios de Guatemala y Honduras facilitada desde Medicus Mundi Bizkaia. Con todo, la mayor expresión de intercambios de experiencia y consensos estratégicos se dan en en el marco de los Encuentros Regionales de Socias Locales, espacios donde se busca la construcción conjunta de metodologías y enfoques de trabajo de las actividades previstas en el Convenio..

Esa así como en Guatemala, en un inicio hubo determinados momentos de coordinación entre la acción 3 y la acción 10, principalmente talleres de intercambio de experiencias en torno a los procesos desarrollados con los Comités de Emergencia.

“Comenzamos a coordinar con talleres de intercambio de experiencias..., esos talleres se hacían con una periodicidad de cada dos meses, nos contaron sus experiencias, como habían trabajado los Comités de Emergencia, tanto Xocomil como Vida... luego en el 2010 los trabajamos más con VIDA, porque Xocomil no trabaja en el municipio... siempre entonces se hicieron reuniones de coordinación donde se veían los contenidos, la guías didácticas, no solo era una coordinación sino compartir”. (Equipo técnico acción 10 Guatemala)

Y otro gran esfuerzo de coordinación que se debe destacar es el realizado entre los equipos de la acción 1 y 2 en El Salvador y que dio como resultado el diseño y la puesta en marcha del “Diplomado en Salud Sexual y Reproductiva, esfuerzo organizativo que es valorado por la Unidad de Gestión como uno de los trabajos de coordinación entre equipos y acciones más importantes del Convenio.

Dentro de las propias acciones cuando se cuenta con más de una Socia Local, como es el caso de la acción 4 en Honduras (ENMUNEH y Casa Ixchel) y la acción 3 en Guatemala (Xocomil, Vida y Nuevos Horizontes) si bien eran propuestas, que aunque con especificidades, bastante similares en sus lógicas de intervención, fueron escasos los espacios de debate, intercambio y construcción conjunta de la propia acción.

Un último aspecto de análisis en relación a la estructura organizativa son las propias relaciones que se han dado al interior de los equipos técnicos encargados de operativizar el Convenio, en general en todos ellos nos encontramos con relaciones fluidas, con buenos niveles de comunicación y una construcción colectiva del trabajo a realizar, sin embargo, han existido algunas excepciones donde el ejercicio de poder realizado por el o la coordinadora ha construido relaciones desiguales y muy jerárquicas, con las tensiones e incomodidades que esto ha producido en los equipos.

Un **tercer nivel** donde se han puesto los mayores esfuerzos de coordinación, realizados durante toda la ejecución han sido los **vínculos y relaciones establecidas con las instituciones públicas de salud**. A pesar de que el Convenio cuenta con un planteamiento común de partida; el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, volvemos a encontrarnos con que, la realidad y los enfoques de trabajo de las Asociaciones de Medicus Mundi en terreno son muy diversos, por un lado, Asociaciones como Medicus Mundi Aragón y Andalucía que ya tenían una trayectoria de trabajo directo con el Ministerio de Salud y, por otro lado, como MM Bizkaia, cuya experiencia de trabajo estaba mucho más orientada a organizaciones de la sociedad civil y Socias Locales del Convenio.

Para estas últimas, el hecho de tener que coordinar con instituciones públicas ha supuesto algo muy novedoso y, como un elemento de doble vía, ciertas resistencias, sobretodo al principio del convenio, tanto de las organizaciones como de las instituciones públicas, un ejemplo de ello se ha dado en Nicaragua donde la experiencia de trabajo directo del Socio local con el Ministerio de salud eran escasas.

“Al inicio las autoridades que estaban en ese momento no querían trabajar con las organizaciones, porque había como una orden que no se podía trabajar con las organizaciones, al siguiente año cambiaron de directores y estos vinieron con otra visión y con mayor disposición, finalmente se logró” (Equipo técnico acción 7, Nicaragua)

Sin embargo, el trabajado desarrollado por cada una de las acciones en el día a día, sumado al amplio esfuerzo de seguimiento que la Unidad de Gestión ha realizado en este sentido y a los encuentros regionales promovidos desde el Convenio, donde participaron referentes de todos los actores involucrados, fueron transformando esta situación y consolidando espacios de encuentro y diálogo, logrando generar en todos los países una gran articulación con las instituciones públicas de salud.

“...se visualizó mucho en los encuentros regionales en los que juntábamos a todos los socios locales y actores, allí estaba el Ministerio de Salud y estaban las entidades que a veces habían tenido una trayectoria incluso de enfrentamiento..., en el primer encuentro..., allí saltaron chispas, hubo reproches, incomprensiones y nos tocó estar de bomberos, de apagafuegos, sin embargo, a lo largo de los otros dos encuentros regionales esto ha evolucionado...” (Unidad de Gestión)

La pregunta que surge a continuación es, si esta nueva forma de funcionar, asumiendo un compromiso de coordinación con las estructuras de estado, supone una merma de la capacidad de incidencia de las organizaciones sociales, la respuesta a esta pregunta pasa nuevamente por establecer estrategias claras y bien definidas entre todos y todas las involucradas y, en muchas ocasiones, entender que, estos procesos de coordinación pueden llegar a convertirse en ejercicios de incidencia por sí mismos.

Son muchos los ejemplos que ponen de manifiesto el hecho de que, en el marco del Convenio, se han generado numerosos procesos de concertación con el Ministerio de Salud. Estos se han dado principalmente en los niveles básicos de atención en todos los países, sin embargo también se han tenido experiencias de coordinación y asunción de responsabilidades a un mayor nivel.

Es aquí donde podemos destacar experiencias como la acción 11 en Guatemala, en la cual la relación establecida entre las estructuras centrales del Ministerio de Salud de Guatemala y el representante de MM Navarra, unido a la capacidad de incidencia de este último, provocaron que desde el nivel central se asumieran los recursos humanos destinados a poner en marcha el Modelo Integral de Salud (MIS), lo que asegura la sostenibilidad de la propuesta.

También se debe destacar aquí lo altos niveles de interlocución con las estructuras centrales obtenidos en El Salvador, quienes han participado de forma activa a lo largo de todo el Convenio y reconocen en MM un aliado para la puesta en marcha de los lineamientos que se desprenden de La Reforma de salud que se está implementando.

Otros ejemplos concretos de los frutos obtenidos con relación a los esfuerzos de coordinación realizados entre las Socias Locales y las instituciones públicas de salud son los siguientes:

- El Convenio establecido entre la Consejería de la Mujer y Casa Ixchel, que amplía las posibilidades de las mujeres que atraviesan situaciones de violencia en recibir una atención de mayor calidad.

“Nos hemos sentado con MM y Casa Ixchel. Tenemos Convenio con Casa Ixchel pues la psicóloga de acá va los viernes a Casa Ixchel”. (Personal de Salud, Honduras)

- La conformación de la Red de apoyo de atención a Violencia Intrafamiliar, Violencia contra la Mujer y Derechos Sexuales y Reproductivos, que amplía las posibilidades de estructurar estrategias conjuntas de intervención en estos ámbitos.

“En agosto se celebra el mes de la salud reproductiva, hicimos con La Red varias actividades entre ellas los kioscos informativos en dos universidades”. (Personal de salud, Guatemala)

Además, las acciones desarrolladas por las diferentes Socias Locales y equipos de Convenio han incidido en la propia coordinación interna entre los diferentes niveles de atención de los sistema de salud en cada uno de los países, hecho importante en instituciones normalmente verticalistas y jerárquicas y con una fuerte ruptura en su comunicación interna, destacamos así:

- El ejercicio de Salas Situacionales y la relación establecida entre la Municipalidad de Sololá y la Dirección de Áreas de Salud en el caso de la acción 10.

“Creo es la primera experiencia a nivel nacional que hemos logrado coincidir, logramos coordinar muy estrechamente con el ministerio de salud publica” (municipalidad Sololá)

- Los diferentes Sistemas de Referencia y Contrareferencia establecidos en las diferentes acciones; entre el CAP de Guineales y el Hospital de Mazatenango en la acción 11; entre el Hospital y los Distritos de Salud de Sololá en la acción 10.

Un último punto destacable en la labor desarrollada a lo largo de todo el Convenio, es la interrelación que se ha fomentado entre diferentes instituciones publicas a nivel Municipal, nos encontramos aquí con ejemplos concretos como el de la Acción 4 en Honduras y la Acción 10 en Guatemala, donde se ha logrado establecer un vínculo bastante fuerte entre los niveles descentralizados de los Ministerios de Salud y las Alcaldías Municipales, quienes dentro de sus códigos municipales también tienen competencias de salud; aunando así esfuerzos que han posibilitado mejores resultados de ambas acciones.

“Ya antes de existir el hogar la coordinación existía... Ahora es mejor la coordinación porque anterior a la construcción no había mucho interés o no se involucraban tanto la municipalidad, ahora sí, están más involucrados con salud y están muy pendientes siempre”. (Personal de Salud, Honduras)

Por último y en el marco del Convenio Medicus Mundi consolidó su compromiso de trabajo con el sistema de salud, mediante la firma de dos convenios marcos, uno en El Salvador y otro en Guatemala. Dichos convenio establecen un vínculo de trabajo conjunto , al mismo tiempo que consolida lógicas estratégicas a largo plazo.

Si bien, fueron numerosos los logros, el proceso de coordinaciones con las instancias públicas de salud ha sido largo y complejo que se ha visto rodeado de numerosas **dificultades**.

La primera y más relevante de ellas ha sido la **discontinuidad de las autoridades responsables de salud**. Este hecho se ha dado principalmente en Guatemala y Honduras debido a los cambios de gobierno vividos en ambos países, dándole poca continuidad al proceso de coordinación puesto que constantemente se tiene que estar retroalimentando y comenzando de nuevo.

Un caso especial de este proceso de discontinuidades en coordinaciones esenciales para el desarrollo de un Convenio que apuesta por el empoderamiento de los servicios públicos de salud, se dio en Sololá. En los cuatros años de Convenio se dieron cinco cambios en la Dirección del Área de Salud del Municipio, a lo que hay que sumar los tres cambios de Ministro y sucesivas rotaciones en puestos de dirección en el nivel central de salud.

Si, a esta dinámica de discontinuidad se le suma la **escasa transferencia de información que se produce en los relevos de cargo**, tenemos un escenario en el que con cada autoridad que comienza se tiene que realizar un nuevo esfuerzo en las coordinaciones, empezando por lo más básico, presentar nuevamente el Convenio.

Esta realidad impacta claramente en el desarrollo de las acciones y disminuye sus posibilidades de impacto y sostenibilidad; en el caso de la acción 10, donde la Dirección sanitaria es un socio directo, el esfuerzo de coordinación se convirtió en un reto cotidiano. La continuidad de las direcciones de los Distritos de Salud, menos sensibles a los cambios políticos en su estabilidad laboral, mitigó en parte los efectos de los cambios de autoridades departamentales o centrales; permitiendo el desarrollo central de la acción 10 y generando una continuidad completa en el caso de la acción desarrollada en Boca Costa; en esta última acción fueron los cambios en el Hospital de Mazatenango los que afectaron a su dinámica operativa.

Esta discontinuidades de autoridades afectó en menor medida a otros países y en el caso de Nicaragua no fue un problema relevante. En el Salvador se combinaron cambios específicos de personal de dirección de Áreas de Salud (Oriente y Occidente) y SIBASIS (de Usulután, Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapán), con grandes cambios estratégicos a nivel nacional, especialmente la puesta en marcha de La Reforma sanitaria, En el primer caso, los cambios tuvieron las mismas consecuencias que lo descrito en el caso de Guatemala, si bien la estabilidad de los procesos de coordinación que el equipo de Medicus Mundi en El Salvador tiene

con el nivel central del Ministerio de Salud, permitió que el efecto de discontinuidad pudiera ser de menor duración e impacto.

La puesta en marcha de La Reforma de salud obligó a ambas acciones de El Salvador a adecuar su diseño operativo al nuevo proceso de Reforma que el país iniciaba con un enfoque con claras sinergias a los que perseguía el Convenio. Esta adaptación fue especialmente importante en tres componentes estratégicos: la formación del personal de salud (incluyendo contenidos de La Reforma), la construcción de procesos de participación social (que se ligaron a los servicios de salud de acuerdo a bases conceptuales de La Reforma) y en el fortalecimiento de sistemas de salud (privilegiando la construcción y el equipamiento de los ECOS, estructura básica de servicio de salud propuesta en La Reforma).

Otra dificultad sentida por los equipos fue **la escasa y poco fluida comunicación que se tiene a nivel interno entre las propias estructuras del sistema público**, donde en muchas ocasiones si bien se llegan a acuerdos con los cargos del nivel medio de decisión, estas no son transferidas al personal encargado de su ejecución, lo que imposibilita en la práctica la puesta en marcha de las acciones.

“Nuestro socio fue la dirección de área de salud, nosotras coordinamos con la cabeza, el problema fue que a nivel interno ellos no trasladaron la información al distrito” (Equipo acción 10, Guatemala)

Debemos mirar también desde las lentes del género **las dificultades diferenciadas que existen entre los hombres y mujeres de los equipos a la hora de desarrollar su labor de coordinación y cabildeo frente a las instituciones públicas**. Si bien en los servicios de atención primaria hay cada vez más mujeres en cargos de dirección, aún siguen siendo ambientes eminentemente masculinos y machistas como es el caso del Municipio de Sololá en Guatemala. Es aquí donde se ha puesto de manifiesto que no es lo mismo ser hombre que mujer, que no es lo mismo ser mujer blanca y extranjera, que mujer ladina o mujer indígena, identidades diversas que en los procesos de socialización impuestos nos posicionan en escalas diferenciadas de poder. El ejercicio de coordinación se vive entonces con una tensión diferente ya que “tenés que estar alerta” o, por el contrario, bajo una lógica que perpetúa el sistema patriarcal, “tenés que utilizar una sonrisa” con las implicaciones personales que esto tiene.

“Puede sonar un poco mal, yo se que favorece sonreír, entonces tengo supuestamente nuevos modos en un ambiente mega masculino y mega machista, afortunadamente la gente no hace comentarios de mal gusto, con el cuidado que tengo nadie se atreve a decirme cosas, con el resto del equipo se pasan más...” (Equipo técnico acción 10, Guatemala)

Si bien a lo largo del Convenio no se han dado situaciones límite, parece ser que se han dado algunas circunstancias en este sentido, esto implica un reto para cualquier organización social, el pensarse y repensarse protocolos y mecanismos de actuación frente a algún evento de violencia contra la mujer por muy “pequeño” que pueda parecer.

“Si hubiera pasado algo MM hubiera respondido, pero no hay protocolos dentro de MM. Cuando pasó, que nos dimos cuenta en un encuentro regional y pasó una situación incomoda con XXX lo hablamos con el equipo y con la UG y la UG fue reueteclarísima, se indignó muchísimo y que nos apoyaba en todo lo que hiciésemos nosotras de denunciar, no lo hicimos visiblemente, pero pusimos el freno de otra manera, total respaldo de MM”. (Equipo técnico acción 10, Guatemala)

También se destacan una serie de **elementos que han contribuido a hacer más viable la relación con los servicios de salud**. Se valora como una ventaja para el establecimiento de vínculos con las instituciones públicas por parte de las organizaciones sociales, contar dentro de sus equipos con personal que provenga del propio sistema, por un lado por el conocimiento y manejo del lenguaje que tienen del propio sistema y por otro lado la representatividad que les da el hecho de ser profesionales de la medicina. Este elemento se ha puesto de manifiesto en el caso de ENMUNEH en Honduras cuyas representantes son enfermeras y en el caso de los propios equipos de Medicus Mundi (por ejemplo en Guatemala para la acción 3 que cuenta con la presencia de personal médico entre en su equipo).

Igualmente, el hecho de que en algunos países las tomadoras de decisión tanto en los niveles básicos como en los centrales hayan sido mujeres es valorado como un elemento importante, ya que muestran una mayor sensibilidad y apertura ante la temática central del Convenio, los Derechos Sexuales y Reproductivos. No es un hecho que se pueda generalizar, ya que muchas de las mujeres que ostentan cargos públicos, si bien pueden manejar a nivel de discurso la temática, no han vivido aún el proceso de deconstrucción genérica necesario para posicionarse claramente en este sentido; sin embargo, en el marco del Convenio se cuentan con algunos ejemplos como es el caso de El Salvador con la Directora de Desarrollo de Recursos Humanos y la Directora del primer nivel de atención, que muestran una elevada sensibilidad y posicionamiento frente a la temática. También en el caso de Honduras se tiene la percepción de que el hecho de que las Directoras de las Unidades Municipales de Atlántida, de Cortez, de Omoa, de Tela e inclusive del Hospital sean mujeres, ha facilitado los procesos de apertura y coordinación.

“Ha habido algo bonito en este Convenio, que la directora de Atlántida, mujer; que la directora de Cortés, mujer; la directora de Omoa, mujer; la directora de Tela, mujer; la directora del hospital, mujer; esto ha facilitado mucho...” (Acción 4, Honduras)

6.3. UNA EXPERIENCIA QUE NO HA PASADO DESAPERCIBIDA: ¿QUÉ NOS DEJA?

La experiencia no ha pasado indiferente para ninguno de los participantes, por eso, en este eje de sistematización identificado se pretende dar a conocer lo que el convenio ha significado para las Socias Locales que junto con MM han hecho posible su ejecución. En este sentido, diferenciaremos entre dos niveles de socias locales con los que se ha trabajado; las instituciones públicas de salud y las organizaciones sociales, ya que, por su misma naturaleza, las funciones e implicaciones de cada una de ellas han sido distintas; por poner un ejemplo, ninguna de las instituciones públicas ha gestionado directamente los fondos del Convenio mientras que todas las organizaciones sociales sí.

De igual manera se pretende poner de manifiesto las implicaciones que para las diferentes Asociaciones de Medicus Mundi, así como, para su expresión Federativa ha tenido todo el proceso vivido.

Finalmente no podemos olvidar que todas las entidades están formadas por personas sobre las cuales, el trabajo diario para hacer realidad las acciones previstas del convenio no ha pasado desapercibido, por lo que se hace imprescindible conocer la influencia que para ellas y ellos ha tenido su participación en él.

EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES SOCIAS LOCALES

Como ya hemos visto anteriormente, el convenio ha contado con un total de 7 organizaciones sociales que ha cumplido con el perfil y las funciones de Socias Locales; distribuidas de la siguiente manera; en Guatemala, la Asociación Nuevos Horizontes, Asociación de Comadronas Vida de Sololá y Asociación comunitaria para el desarrollo Sololateco Xocomil (ACDES), en Honduras la única participación de

organizaciones sociales ha sido el Enlace de Mujeres negras de Honduras (ENMUNEH) y en Nicaragua han participado la Asociación Promoción y Desarrollo de la Mujer Nicaragüense Acahual y la Organización para el Desarrollo Municipal (ODESAR); siendo El Salvador el único país que en ninguna de sus acciones ha contado con alguna organización, correspondiendo a una ejecución directa de la oficina de Medicus Mundi en El Salvador. En Guatemala, a partir de un cambio sustancial aprobado por la AECID, se incorpora al Convenio y como Socio Local el Instituto de Salud Incluyente (ISIS), en una relación muy permeable con el funcionar de la Asociación Médicos Mundi Navarra en Guatemala.

Las organizaciones involucradas tanto en Honduras como en Guatemala han sido ejecutoras directas de las acciones previstas, contando con el seguimiento y asesoría de las estructuras de representación que cada Asociación de Medicus Mundi tiene en el país, así como de la Unidad de Gestión creada para el convenio, tanto en el componente técnico de la intervención, como en el manejo adecuado de sus fondos.

Nicaragua ha sido una excepción, al no contar con estructuras de representación por parte de Medicus Mundi en el país, ha sido la Unidad de Gestión quien ha asumido las funciones de asesoría y seguimiento de manera más directa. Unido a ello, si bien Acahual ha sido ejecutora directa, ODESAR ha tenido funciones muy concretas enfocadas exclusivamente en la gestión administrativa y supervisión de la ejecución realizada directamente por una institución pública (el Sistema Local de Atención Integral en Salud-SILAIS Matagalpa).

Todas ellas contaban con experticias y potencialidades heterogéneas, sin embargo, un elemento común entre todas ellas (exceptuando ODESAR) es que eran organizaciones bastante pequeñas y frágiles, acostumbradas a gestionar proyectos más pequeños y sin una capacidad de gestión tanto a nivel administrativo como técnico previamente instalada, por lo que, los requisitos establecidos en un Convenio de estas características han supuesto para todas ellas un enorme sobreesfuerzo. Sin embargo, al finalizar el convenio todas ellas hacen una valoración positiva de lo que este proceso ha significado para su organización.

“Ha sido más ventajoso que desventajoso, nunca se me va a olvidar que mi primer informe no tenía nada porque no lo entendía...” (Acción 3, Guatemala)

Uno de los elementos que más destacan es **el ordenamiento y mejoramiento de sus sistemas administrativos y contables**, lo que va más allá del presente Convenio permitiéndoles administrar correctamente los recursos de que dispongan en un futuro. Es importante destacar como se hace referencia a que este conocimiento técnico adquirido va más allá del personal administrativo, que en algunos casos no tendrá continuidad en la organización una vez haya finalizado el convenio.

“Yo no soy perito mercantil, sin embargo se como hacer una conciliación, yo se como hacer una previsión de tesorería, yo se como liquidar un cheque, se como ordenar, como hacer un baucher, todo lo aprendí ahorita con este convenio, es tedioso pero lo aprendimos” (Acción 4, Honduras)

En este sentido también se ponen de manifiesto la adquisición de nuevas prácticas institucionales relacionadas con una cultura de mayor rendición de cuentas, transparencia, claridad y ordenamiento en el uso de los recursos.

“...ha fortalecido en lo administrativo sobre todo el programa contable. A parte del informe financiero tenemos que hacer todos los cierres contables. Ahora, todo esto ya ha pasado a ser manual de procedimientos de la organización” (Acción 3, Guatemala)

Se puede extrapolar más allá del fortalecimiento administrativo, la adquisición de capacidades técnicas que conllevan a un mayor interés por el, tan necesario ejercicio de planificación y medición de resultados, que visibiliza los impactos obtenidos y permite una mayor definición de estrategias de intervención en el futuro.

“Hemos aprendido a recopilar los medios de verificación, porque antes nosotras hacíamos y no teníamos pruebas. se ha ido educando a la gerente y ajustándonos a los requerimientos de la agencia” (Acción 7, Nicaragua)

A pesar de estos aprendizajes manifestados, los estrictos requisitos que conlleva la ejecución de un convenio AECID también han generado numerosas incomodidades; la exigencia de facturación para cualquier gasto por pequeño que sea, lo que se hace difícil en la cotidianidad del trabajo comunitario, donde, quien ofrece servicios de alimentación no está legalmente constituido y por lo tanto no cuenta con la facturación exigida; el tener que firmar dos listados de asistencia (una de asistencia, la otra ligada a consumo de alimentación o transportes), por lo que en ocasiones se han tenido que enfrentar cuestionamientos de las y los participantes; la solicitud de 3 cotizaciones por montos superiores a 600 dólares, cantidad que es considerada muy pequeña y que en muchas ocasiones hasta los proveedores dejaban de responder a las solicitudes; han sido elementos cotidianos en la gestión que han supuesto un largo proceso de adaptación y aceptación, generando en el camino numerosas tensiones. Sin embargo, la experiencia de gestión y ejecución de un convenio AECID supone para algunas de ellas un elemento importante de cara a tener acceso a otras instancias de cooperación para futuras gestiones.

Conseguir el fortalecimiento expresado no ha sido fácil y, si bien está relacionado en parte con las representaciones de Medicus Mundi en el país, el mayor factor de éxito ha sido el trabajo de la Unidad de Gestión, quien ha mantenido una estrecha y casi diaria comunicación tanto presencial como vía internet con cada una de las organizaciones, en este caso con sus administradoras y administradores. Esto ha implicado un enorme esfuerzo de asesoría y capacitación continua que permitió por un lado cumplir con los requisitos planteados en la normativa AECID y por otro dejar ciertas capacidades instaladas en las organizaciones.

“...porque nos daban el proyecto (refiriéndose a otras experiencias), pero nos decían: ¡ah no sirve!, pero no nos decían como mandar el informe, en cambio este proyecto de la AECID nos ha dado todo el acompañamiento durante todo el proceso, peleándonos, enojándonos muy fuerte, llorando, pero valió la pena”. (Acción 4, Honduras)

No ha sido un camino llano y el ejercicio de seguimiento se ha empapado de circunstancias que han hecho que adquiriera dimensiones mucho mayores que las previstas inicialmente; la propia debilidad inicial en temas de gestión administrativa y técnica por parte de la mayoría de las Socias Locales lo que muchas veces ha generado un incumplimiento en los plazos y las formas en un gestión que, efectivamente era compleja y muy novedosa; los cambios en el personal administrativo como es el caso de ENMUNEH, ISIS, Nuevos Horizontes y Casa Ixchel, motivado por muchas circunstancias de diversa índole, son elementos que plantean retos a futuro para Medicus Mundi. Pensar en hacer inicialmente diagnósticos institucionales en torno a las debilidades y fortalezas de las Socias Locales, no desde una visión selectiva, sino más bien, desde una previsión de los apoyos que serán necesarios para una buena y más tranquila implementación de propuestas; dar a conocer, previo a la puesta en marcha de la identificación y la ejecución, las implicaciones en términos administrativos y técnicos que tiene la ejecución de un convenio AECID, con el fin de que las organizaciones conozcan las responsabilidades que se desprenden y tengan una mayor capacidad de decidir involucrarse o no, son elementos importantes a rescatar y que hubieran facilitado el desarrollo del Convenio.

“fue un reto que hubo que afrontar y que generó en buena medida muchas tensiones y que se ha vivenciado con bastante dureza por algunos socios, aunque también me consta que al final, un poco exhaustos, reconocen que sus capacidades han mejorado mucho y que han salido muy fortalecidos en ese sentido” (Unidad de Gestión El Salvador-España)

Otro elemento que algunas de las organizaciones valoran como parte del fortalecimiento dejado por la ejecución del convenio es que les ha permitido una **mayor presencia comunitaria**, así como **introducir parte de la agenda feminista** (como el caso del aborto, la anticoncepción de emergencia, diversidad sexual...) de manera muy incipiente y de forma muy cuidadosa en las comunidades.

Refiriéndose a temas como el aborto y la anticoncepción de emergencia “...todas esas cosas del movimiento (refiriéndose al movimiento de mujeres y feminista), nosotros lo hemos tratado de camuflajear como dicen para que le llegue la información como debe a la mujer, esa es la entrada que nos dio el convenio, esa es la oportunidad, para poder meter las demandas de nosotras las mujeres” (Acción 4, Honduras)

Este es un hecho a destacar en una realidad donde las organizaciones partían de una experticia en materia de salud sexual y reproductiva desde un posicionamiento feminista muy limitada, sin embargo el Convenio ha venido a fortalecer su visión y enfoque de la temática, a pesar de que todavía existen muchas debilidades en este sentido, por ejemplo cuando al equipo técnico de una de las organizaciones se le preguntó que método de planificación familiar consideraban más adecuado respondiendo por unanimidad “la abstinencia”.

“...se vio la necesidad de trabajar algunas temáticas con el equipo técnico de casa Ixchel y del convenio. Se tuvo intervención con algunas temáticas como diversidad sexual, violencia sexual, aborto, temática que se aborda desde el tema de derechos humanos. Hay mucha reserva pero si queda la inquietud de querer hablarlo y verlo desde otro punto de vista (Personal de la consejería de salud de La Ceiba)

También en este sentido, durante el proceso de sistematización alguno de los y las participantes ha destacado cierta evolución de muchas Socias Locales en su integración del enfoque de género en la propia organización, en el trabajo diario, en el que muchas veces se evidencian actitudes y prácticas que reproducen y perpetúan los roles y estereotipos marcados por la construcción social de los géneros. Desde el accionar mismo del convenio se pusieron en entredicho determinadas actitudes y comentarios, evidenciando la insostenibilidad de estas situaciones y la importancia de asumir el enfoque de género como parte de ideología de la institución, no solo a la hora de desempeñar el trabajo hacia fuera sino como parte de su proceso interno. Sin embargo, aunque esto ha venido dado por el propio devenir de las actuaciones del convenio no ha sido un elemento trabajado de forma consciente y sistemática ni con una estrategia bien definida, lo que constituye una limitante que atraviesa toda la experiencia.

“Teníamos muy claro que eran situaciones para poner en evidencia esa falta de integración del enfoque de género, en lo que es la igualdad y la equidad también en la propia organización y de avanzar en ese sentido, se ve como ha evolucionado las relaciones de género en algunas oficinas, en algunos órganos de gobierno y en muchos de los socios locales” (Unidad de Gestión)

Estos elementos de fortalecimiento destacados por las propias organizaciones cuentan con una limitante fundamental; la mayoría de las y los trabajadores han sido contratados directamente para el Convenio, lo que significa, con la finalización del mismo, una gran pérdida de capital humano instalado durante los 4 años de ejecución y pese a las capacidades en cuanto a la gestión adquiridas, muy pocas podrán mantener los equipos técnicos necesarios. Por supuesto que, esto es una circunstancia por la que atraviesan muchas de las

organizaciones sociales dependientes de proyectos de cooperación, sin embargo la situación que atraviesa en la actualidad la cooperación internacional y una capacidad de gestión institucional limitada hace pensar que la sostenibilidad de las mismas está en entredicho.

Se trata de la eterna dicotomía entre la dependencia y la autonomía generada por los programas y proyectos de cooperación. Es un hecho que muchos de ellos logran instalar un sin número de capacidades en las entidades participantes, más sin embargo, la dependencia económica de la financiación externa es un elemento que, en muy pocas ocasiones se plantean y frente al cual no se cuenta con estrategias viables.

Un claro ejemplo de ello son estructuras como Achual o Nuevos Horizontes que son prestadoras de servicios en relación a la atención a mujeres que atraviesan situaciones de violencia, lo cual les demanda contar con una fuerte estructura por ejemplo de personal (psicóloga, abogada, trabajadora social...) que hasta el momento es financiada por cooperación externa. Sin embargo de cara al futuro posiblemente su sostenibilidad tendrá que pasar por un financiamiento estatal, con el riesgo que esto puede llegar a tener para su autonomía y para la calidad y calidez del servicio prestado o por la asimilación por parte de las instancias públicas, bien sean nacionales o locales del servicio.

EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS SOCIALES LOCALES

Han sido numerosas las instituciones públicas que han participado como Socias Locales en el desarrollo del convenio; en El Salvador se ha contado con los Sistemas Básicos de Salud Integral de los departamentos de Ahuachapán, Sonsonate, Santa Ana y Usulután y la Región Occidental de Salud; en Guatemala se ha contado con la Direcciones de Área de Salud de Sololá (así como los 10 distritos que la conforman) y Quezaltenango, el Hospital Nacional de Sololá, la Municipalidad del departamento de Sololá; el Centro de Salud nº 10 de Guineales, Boca Costa de Sololá, así como, el departamento de maternidad del Hospital Nacional de Mazatenango; en Honduras, la Municipalidad de La Ceiba representada por la Casa Refugio Ixchel, la Región departamental de Salud de Yoro y las Municipalidades de Santa Rita y Morazán también en Yoro, en Nicaragua el trabajo ha sido con el Sistema Local de Atención Integral en Salud-SILAIS Matagalpa y el Centro Policlínico de Salud Francisco Morazán .

El fortalecimiento de las estructuras descentralizadas de los Ministerios de Salud de la región ha sido genuinamente el accionar de toda la intervención, son muchos los logros ya expuestos en los apartados anteriores en este sentido, destacando así, desde el punto de vista de mejorar el acceso, el trabajo realizado para la puesta en marcha de infraestructuras rurales (SILAIS, Hogares Maternos, ECOS Familiares), lo que ha garantizado una mayor atención; el fortalecimiento de la comunicación interna y la construcción de una cultura de trabajo en equipo lo que se pone de manifiesto en ejercicios como el Diplomado en SSyR en El Salvador y las Salas Situacionales en Guatemala, elemento imprescindible para la articulación de los servicios; la articulación entre la comunidad y los servicios más cercanos a ella como es la experiencia de los y las voluntarios y voluntarias de salud...

“Se vio fortalecido el trabajo en equipo..., mejoró la comunicación entre los equipos de los ECOS familiares..., después del curso se dieron cuenta de la importancia de esto para resolver el problema de salud, los lazos de comunicación si no existían se dieron y si ya existían se fortalecieron. Por ejemplo cuando una chica quería pasar consulta tenía que andar buscando una clínica fuera, para que sus papas no se dieran cuenta de que había ido y para no meterse en problemas, entonces el equipo que le tocaba atenderla se coordinaba con el equipo más cercano para remitirla y así evitarle problemas con los papas”. (Personal de Salud, El Salvador)

A pesar de que las instituciones públicas no han sido las gestoras de los fondos, también se han visto inmersas en el sistema de gestión para Convenios de la AECID, proporcionándoles nuevas herramientas.

“Aprendimos...; porque nosotras teníamos otras matrices de trabajo y el proyecto nos enseñó otras que ya vienen enmarcadas, cuadradas, los cronogramas de cumplimiento...” (Personal de salud, Matagalpa)

Otro elemento importante que destacan las instituciones en relación al fortalecimiento son algunas transformaciones incipientes en la visión y el ejercicio de la atención pública, destacan elementos como que el Convenio les permitió acercarse más a la realidad de la gente, convencerse de que muchos problemas de salud tienen muchas más bases sociales que biológicas y de enfermedad y, un hecho importante revalorizar el trabajo que deben hacer las instancias de salud en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

“Normalmente nosotros vemos a la mujer como un población vulnerable, vemos a las adolescentes como un población a la que hay que proteger, pero no una población a la que tenemos que potenciar, no una población que hay que garantizarle ciertos derechos..., que no se tome como un requisito el hecho de la salud sexual y reproductiva, el enfoque de la equidad de género como una moda, sino como una forma de abordar y que entenderíamos que se han hecho avances importantes en ese sentido” (Personal de salud, El Salvador)

Más allá de los establecimientos de salud, las otras instituciones públicas involucradas en el Convenio, como son las Alcaldías, ven como el convenio les ha permitido mayor presencia y visibilidad en las comunidades que tienen bajo su administración, pero sobretodo dándose cuenta que la autoridad municipal tiene funciones dentro del ejercicio del cuidado de la salud de sus comunidades.

“En lo que se refiere a la municipalidad de Sololá se logró despertar la inquietud en cuanto a que la municipalidad podía o debía invertir al respeto del cuidado de la salud en sus comunidades, un logro para mí valiosísimo” (Ex personal Municipalidad)

Sin embargo, mucho de este fortalecimiento logrado está amenazado por un riesgo muy alto de cara al futuro, la sostenibilidad de las acciones emprendidas; asumir la continuidad de los procesos formativos emprendidos con el fin de profundizar y actualizar al personal formado; realizar el adecuado mantenimiento y reposición de los equipamientos e infraestructuras puestos en marcha; mantener y promover los sistemas de registro y referencia y contrareferencia...; está ahora en manos de las diferentes estructuras sanitarias que han participado en el Convenio. En países como Nicaragua y El Salvador donde las reformas vividas priorizan muchos de estos elementos, esta amenaza se hace menos latente pues existe una voluntad clara en este sentido, sin embargo en Honduras y Guatemala se enfrenta este riesgo en mayor medida. Se trata por tanto no sólo de un ejercicio de voluntades por parte de las personas que han formado parte del proceso, sino de un círculo vicioso donde a pesar de haber ubicado numerosas fortalezas, son las propias debilidades del sistema las que se convierten claramente en una amenaza.

“(la mayor limitante es) ...tener la sostenibilidad, porque de que nos sirve si este convenio termina ahorita, ¿qué pasa el otro año?, yo siento que hay que incentivar al personal, esto nos conlleva a reuniones, a capacitaciones, no tenemos fondos para refrigerio, para papelerías y eso lo ha dado el convenio, pero si termina el convenio quien va a dar más papelería quien va a seguir capacitando y actualizando a las expertas y a las colaboradoras voluntarias, todo se deteriora y quien va a reponer todo el equipo que se deteriora, aunque uno quiera, no hay presupuesto” (Personal de Salud, Honduras)

Son estas propias debilidades las que hacen que, en ocasiones, las instituciones públicas, se perciban y asuman con un cierto nivel de dependencia en relación a la cooperación externa, pudiéndose observar cómo se extrapola a la cooperación funciones orientadas a la incidencia e incluso al sostenimiento económico en el largo plazo, restándole la responsabilidad al propio sistema de salud.

“dependencia mayor, porque queremos que se siga sosteniendo, porque si nos creemos autosuficientes no se puede, desde el momento que faltan los recursos permanentes en la clínica materno infantil estamos ante esa amenaza, yo me siento más satisfecha si el convenio va a ser prevalecido a nivel internacional y eso me da más garantías” (Personal de Salud. Honduras)

EN LAS ASOCIACIONES Y LA FEDERACIÓN DE MÉDICUS MUNDI

Como en el caso de las Socias Locales, las seis Asociaciones de Médicos Mundi involucradas en el marco del Convenio tienen puntos de partida diferentes, sin embargo, su participación ha sido una experiencia que les ha aportado diferentes elementos en su desarrollo institucional a cada una de ellas

Si bien algunas ya tenían experiencia en la gestión de proyectos AECID, otras se estrenaron en la materia con el presente Convenio, lo que ha significado un enorme fortalecimiento en sus capacidades de gestión, dejándoles capacidades y procedimientos administrativos instalados.

“Antes del convenio no teníamos unificado un manual administrativo. no sólo la normativa de AECID, sino el manual administrativo interno de MM. No había un unificación de personal, no había política, pero tuvimos que unificar tanto el personal de acción 1 como de la acción 2, los mismos criterios para los salarios, ha dado pie a que ambas asociaciones piensen en unificar hasta una escala salarial de país”. (Acción 1 y 2. El Salvador)

A nivel de país solo en El Salvador la ejecución del Convenio ha provocado un significativo avance en la construcción de una visión conjunta de país, hecho facilitado por la reforma de salud puesta en marcha al aperturar espacios de debate y participación a nivel nacional.

“Se ha crecido desde lo local y departamental a una visión nacional, discutimos cosas de impacto a nivel nacional y eso nos lo dio el convenio, con la reforma y la alianza ciudadana contra la privatización...” (Acción 1 y 2. El Salvador)

Como estructura Federativa, en todo momento la ejecución del Convenio les ha llevado a un ejercicio de pensarse y repensarse, alimentando muchas discusiones y estableciendo puntos mínimos en diferentes ejes, siendo varios los aportes que para la estructura de Medicus Mundi se pueden extraer. Si miramos de frente la realidad de la organización, con todas sus diversidades, el hecho de haber diseñado un sistema de gestión y una estructura que hayan permitido satisfacer la responsabilidad adquirida a ante el propio financiador, ante la propia organización, ante las Social Locales y principalmente ante las personas usuarias de los servicios públicos de salud, es una de las grandes fortalezas obtenidas y un gran aprendizaje.

De igual forma, se ha ampliado la capacidad de interlocución de la institución frente a los Ministerios de Salud, exceptuando en países como Honduras, cuyas circunstancias políticas y la existencia de un gobierno golpista no han permitido avances en este sentido. Si bien esta interlocución es un elemento importantísimo, hay que ser realistas, no está unida a la capacidad de incidencia hacia los estados, deuda pendiente para Medicus Mundi y que pasa por la construcción de alianzas con movimientos sociales en pro de la salud y con el movimiento feminista en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos, alianzas que se han producido

de manera incipiente con este Convenio y que también implican una fortaleza para la institución, sin obviar las resistencias que para ello existen.

Un último aporte que para Medicus Mundi ha significado la ejecución del Convenio ha sido la incorporación de nuevos enfoques y perspectivas de trabajo de cara a la implementación de futuras propuestas, este hecho se ha concretado principalmente en la declaración sobre Derechos Sexuales y Reproductivos realizada por la Federación en el marco del convenio y firmada en el año 2011. Es importante porque en ella se delimitan los criterios de intervención que todas las Asociaciones de Medicus Mundi tendrán en esta materia. Sería importante ver como esta declaración está siendo llevada a la práctica en casos concretos, como por ejemplo la prohibición de la anticoncepción de emergencia en Honduras y el accionar de Medicus Mundi en relación a su declaración donde afirma, como uno de los criterios de intervención: *“Investigar y denunciar a nivel internacional todas las decisiones políticas adoptadas a nivel local, nacional, regional o internacional que supongan una limitación al reconocimiento o ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos”*.

Son significativos todos estos aportes, sin embargo quedan deudas pendientes que Medicus Mundi todavía debe asumir y que, se han evidenciado durante el Convenio; lograr una agenda de incidencia común más que por intereses aislados; construir una visión colectiva de lo que implica promover el ejercicio de la participación ciudadana que de mayor claridad a las intervenciones en esta materia, profundizar sobre lo que implica el trabajo en salud desde una perspectiva de género, no solamente de cara a las intervenciones hacia fuera, sino también en las relaciones establecidas al interior de la misma organización... son algunas de ellas.

EN LAS PERSONAS

La complejidad de la puesta en marcha de la experiencia ha significado para cada uno y una de las participantes un sin fin de sensaciones, de emociones y de vivencias que pasan por lo positivo; identificando numerosos beneficios en torno al fortalecimiento de capacidades personales de diferente índole; hasta lo negativo; implicando costos personales que muchas veces no son visibilizados ni tomados en cuenta en este tipo de trabajo.

Es así como la gran mayoría percibe como el convenio les ha brindado la posibilidad de fortalecerse en diferentes elementos; fortalezas de carácter más técnico y profesional, como el manejo de informes y todo el tipo de documentos relacionados con el convenio, como un mayor manejo teórico en relación a las temáticas centrales del Convenio (SSyR, enfoque de género, multiculturalidad) y, una experiencia laboral que amplía las expectativas profesionales a futuro; fortalezas en relación al desarrollo de habilidades personales y sociales, expresada en una mayor capacidad de negociación, de tolerancia, de trabajo sistemático, de delegación o por el contrario, de asunción de responsabilidades; pero un elemento aún más importante es que para algunas mujeres de los equipos técnicos ha implicado un reconocimiento y posicionamiento en relación el propio ejercicio de los derechos.

“Si hace tres años yo hubiera tenido los conocimientos que me ha aportado el convenio no acepto una violación clara a mis derechos que se dio, no lo hubiera permitido bajo ningún aspecto, me ha fortalecido como persona, como profesional” (Acción 4 Honduras)

Sin embargo, en general el ejercicio para los equipos técnicos, coordinaciones y Unidad de Gestión se ha caracterizado por una enorme carga laboral, lo que ha supuesto una enorme dedicación de tiempos en detrimento de espacios personales, un elevado nivel de agotamiento en algunas de las personas involucradas y en muchas ocasiones un fuerte grado de ansiedad frente a la necesidad de cumplir las exigencias y en torno a conflictos personales.

“Cuando un día me dicen que tengo que desmenuzar toda la lista, depurar la lista de capacitaciones para saber cuanto en realidad, cuantas personas llegaron, pasamos dos días, dos noche aquí, ya sentía que ya tenía un palito aquí puesto...” (Acción 7. Nicaragua)

De igual forma, en algunos casos las tensiones y conflictos vividos han sido detonantes que han implicado desgastes y consecuencias personales, con repercusiones sobre la autoestima de alguno o alguna de las involucradas.

Son estos mismos conflictos los que, para la Unidad de Gestión son las experiencias que más costos personales han implicado: *“Quizás sea el esfuerzo de trabajo mayor y más complejo que he realizado en mi vida, a nivel personal el Convenio supuso un reto personal que, de a poquito, fue diluyendo mis espacios personales; en este día a día uno se habitúa a lo que debería ser la excepcionalidad.... Mi principal desgaste, mis picos de estrés curiosamente respondieron más a la existencia de conflictos personales, que en mi persona resultan mucho más erosivos que una montaña de informes; si los conflictos son inevitables, lo creo sinceramente, sus consecuencias son especialmente dolorosas. Por otra parte siempre conté con el refugio de la Unidad de Gestión, especialmente importante cuando la sensación puede ser en ocasiones de soledad y frustración. Entiendo que todo esto queda en el pasado y que al final las historias que tenemos que se rescatan son la del compromiso y el esfuerzo puesto en todo esto..., mas nos vale” (Unidad de Gestión)*

6.4. SINO, ¡NO SIRVE!: DECONSTRUYENDO RELACIONES DE PODER

En el proceso de la sistematización estos enfoques han sido recogidos en una matriz de doble entrada, dando como resultado un análisis transversal en cada uno de los ejes de sistematización planteados y cuyos contenidos de análisis ya han sido recogidos en los apartados anteriores; pero hemos considerado necesario verlo también como un eje propio de sistematización con el fin de que no quede invisibilizado como en muchas ocasiones sucede y no dejar en el tintero ningún elemento destacable. Es así como en este punto aglutinamos las observaciones más relevantes y ya mencionadas en el presente documento acompañándolas de un análisis más general de estos enfoques en el devenir del Convenio.

Para hablar de lo que implica **la apropiación del enfoque de género**, en un principio nos centraremos en lo que significa un enfoque de género para un proyecto y en qué medida éste ha sido contemplado, tanto en la formulación como en la aplicación. Analizaremos, con las lentes del género todas aquellas dinámicas, procesos, actitudes y prácticas generadas a raíz del Convenio, para poder identificar el tipo de relaciones establecidas y los diferentes elementos que han ayudado a deconstruir o por el contrario a perpetuar las desigualdades entre hombres y mujeres. No podemos obviar la temática específica que atraviesa el proyecto para analizar también el enfoque desde la cual se trabajó, y de qué manera ha sido puesta en práctica desde el enfoque de género.

Desde un inicio, el Convenio contempló el trabajo en SSyR desde el enfoque de género, razón por la cual el tratamiento de la temática debía ser vista, no como una problemática exclusiva de mujeres sino como una forma de reestructurar las relaciones de poder existentes. En este sentido el fortalecimiento del sistema público de salud en su nivel descentralizado con énfasis en SSyR, debía permitir la satisfacción de las necesidades más estratégicas de las mujeres, incidiendo en el sistema para un mayor acceso a la salud y una mayor y mejor calidad en la atención que permitiera una mayor calidad de vida para éstas y una mayor autonomía en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo.

Sin embargo, este enfoque subyacente ha sido más difícil de llevar a la práctica para promover estos cambios, en el sentido que no se ha podido generar un espacio para operativizar este planteamiento desde los equipos ejecutores del Convenio. Sí es cierto que existen unos lineamientos generales a nivel teórico sobre el enfoque pero ha faltado una discusión para un posicionamiento común y claro desde la Federación de Asociaciones

de Medicus Mundi y por tanto de las acciones. Es por ello, que la forma de trabajar ha estado muy influida por la naturaleza de las organizaciones y se ha desarrollado en función de las capacidades, habilidades y creencias de los diferentes recursos humanos, restando así una visión unificada de enfoque.

Aunque en muchas de las acciones, se han introducido módulos sobre género en los procesos formativos, éstos han sido orientados al personal de salud y a personal comunitario, suponiendo una previa claridad en el enfoque por parte de los equipos técnicos, y no incluyendo una formación interna para la construcción colectiva. Todo ello ha supuesto un esfuerzo aislado por parte de los equipos técnicos en la autoformación y ha evidenciado una debilidad en la aplicación del enfoque que se ha visto reflejada en la práctica y el seguimiento a los procesos.

“El Convenio se ha obligado a que vaya cambiando el enfoque, la necesidad de buscar logia de trabajo conjunta en equidad de género” (Unidad de Gestión)

Además, introducir módulos como un contenido más a trabajar, sin una visión del género de forma transversal que atravesase todos los procesos, y sin un análisis político y social de las relaciones de poder e injusticias a las que son sometidas las mujeres en un sistema patriarcal, reduce esta perspectiva a un mero conjunto de saberes que se repiten, se trasladan pero que no generan cambios reales.

“...y si no manejas las base de las inequidades de género no ves aparte del problema. te centras en una meta y no en la construcción de justicia. Así las la acción a ideologías que van más allá de los que estás haciendo” (Unidad de Gestión)

Es por ello que se ve necesario el manejo del enfoque de género desde la epistemología feminista, la cual ha sido bastante ausente durante todo el Convenio y ante la cual ha habido resistencias por miedo y desconocimiento. Una teoría que sustente el análisis de género desde una visión política, social y cultural para realmente producir cambios partiendo de lo personal e individual. A pesar de ello, en el transcurso del Convenio, se han ido viendo cambios en este sentido, acercándose cada vez más al movimiento feminista y cuestionándose esta debilidad; son algunos los ejemplos que nos muestran estas limitaciones dentro del propio personal de las Socias Locales cuando afirman: *“cuando estamos hablando de género y de equidad no podemos ir al extremo del feminismo ni fortalecer el machismo”*. Expresión que remarca las resistencias hacia la incorporación del enfoque feminista como una herramienta de análisis prioritaria para deconstruir las opresiones que viven las mujeres.

“hay personas que carecen de herramientas para aplicar el género en su vida cotidiana y en su trabajo ... el personal tiene serias carencias en manejar no solamente herramientas de género sino asumirlas como personas” (unidad de Gestión)

Hablar del enfoque de género, en términos generales implica analizar también de qué forma las diferentes acciones desarrolladas en el Convenio han mejorado el acceso a la salud de las mujeres, han promovido cambios en la relaciones de poder y las desigualdades existentes o bien han servido para potenciar los roles y estereotipos de género que perpetúan la desigualdad.

Así pues, en una primera instancia, un Convenio sobre salud, sexual y reproductiva, contribuye a la atención de la salud de las mujeres de forma diferenciada fortaleciendo así las capacidades para la protección, promoción y autocuidado de la salud, modificando la invisibilización histórica de las mujeres en temas de salud. Sin embargo, si bien los diferentes equipos biomédicos adquiridos, algunas de las infraestructuras construidas y la formación específica desarrollada en las comunidades, como en caso de las comadronas y los Comités de Emergencia, han favorecido un mayor acceso de la salud a las mujeres, es necesario ver como

estas infraestructuras y su uso por parte tanto de las mujeres como por hombres deben ir acompañados de un nivel de consejería de mayor calidad y con un enfoque claro de Derechos Sexuales y Reproductivos; no se trata simplemente de que una mujer llegue a realizarse una citología o a por métodos de planificación, sino de realizar desde el personal de salud un ejercicio de ampliar en ellas la conciencia del propio cuerpo más allá de la ausencia de enfermedades, como algo suyo, propio sobre lo que pueden y deben decidir; no se trata de darle consejos a la mujer sobre los métodos de planificación, sino de lograr que el compañero llegue también a los servicios y asuma su responsabilidad en este sentido.

Es así como las temáticas trabajadas en las diferentes acciones si bien han sembrado pequeñas semillas, su enfoque ha sido insuficiente. Por ejemplo en el caso de las capacitaciones de ITS, VIH éstas se han trabajado en casi todos los procesos formativos, pero no siempre desde un enfoque de derechos, donde no se tiene en cuenta el poder tomar decisiones sobre el cuerpo de una. Tener la información no garantiza poder prevenir este tipo de enfermedades porque, en función de la construcción social, finalmente quien tiene la toma la decisión de si se quiere poner el condón o no es el hombre. Es el hombre, por mandato quien toma las decisiones sobre las relaciones sexuales y la mujer la que se debe a su placer. Trabajar estas temáticas sin un análisis de las relaciones de poder y de la construcción sociocultural de género limita a la mujer en la toma de consciencia del derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo para vivir una sexualidad más sana y placentera.

Algo similar pasa cuando se trabaja el tema de los embarazos a temprana edad, donde normalmente se relega a un papel secundario la responsabilidad del uso de métodos anticonceptivos, responsabilizando a la mujer del embarazo. Tanto en los talleres como en la atención médica o consejería médica es a la mujer a la que se le dan a conocer los diferentes métodos, ausentando al hombre de la planificación. Además, en muchas de los talleres se continúa promoviendo la abstinencia o los métodos naturales, obviando la realidad y sin promover realmente el ejercicio de una sexualidad sana y responsable. Por ello, que uno de los temas principales a trabajar en este tipo de procesos debería ser la sexualidad desde el enfoque de género.

Sin embargo sí se ha intentado crear una cierta lógica y un cambio de enfoque con lo que se observan ciertos avances, como por ejemplo que los materiales contemplen el tema del aborto y que se trabaje la anticoncepción de emergencia, que se hable de las relaciones de poder, de los derechos y se promueva la propia decisión de la mujer. Sin embargo todavía está muy poco consolidado y ha variado mucho de la sensibilidad que se haya construido en cada unos de los países.

“Por tradición el tema de SSyR siempre ha sido como que es la mujer la que lleva la voz cantante, como que solo es ella la que tiene que operarse para no tener hijos, y el hombre se lo deja a ella .todo eso ha cambiado en cuanto la forma de ser de la mujer y por la educación, se ha visto el cambio de actitud en la mujer y ya no solo se prioriza lo materno infantil sino que se deja un espacio para los hombres. cuesta que lleguen a consulta” (Personal de salud. Honduras)

Incluir el tema de la violencia de género como problema de salud ha resultado ser significativo para el Convenio y sus Socias Locales, en tanto ha servido en un primer momento para visibilizar la problemática a nivel de la población con la que se ha trabajado. Ha sido de suma importancia el trabajo realizado por las diferentes organizaciones e instituciones (especialmente casa Ixchel en Honduras, Nuevos Horizontes y acción 11 en Guatemala y Acahual en Nicaragua) en relación a la atención integral en salud, en tanto se han incorporado elementos para detectar la problemática, no tratándola simplemente como una mera dolencia física. Por un lado se han trabajado los indicadores y riesgos de la violencia de género en las hojas de registro y de referencia facilitando la toma de conciencia por parte del personal de salud de la existencia real de la problemática y por otro, se han dado espacios para dar a conocer dicha problemática a la población,

favoreciendo la sensibilización las violencias ejercidas y las recibidas”.

*“no podría generalizar pero creo que en estos equipos especializados. ECOS, que llevan un mapeo de la zona donde trabajan que llevan el numero de familias que atienden, el numero de embarazadas, cuales son un embarazo que esta desarrollándose normal o en condiciones de riesgo, pero cuando les preguntamos en que comunidades habían violencia se sorprendieron al descubrir que habían familias con violencia intrafamiliar, violencia psicológica, violencia física, embarazos de niñas y que si era menor era un abuso y no importando como había sucedido constituía un abuso, y que muchos embarazos adolescentes eran vistos como normales como parte de la cotidianidad y que estas menores estaban en una condición de violencia”
(Facilitador diplomado El Salvador)*

El ejercicio de deconstruir pensares y sentires, muy anclado en esta materia, no es nada fácil, tal y como se pone de manifiesto en la siguiente afirmación: *“algunas mujeres de las comunidad antes les gustaba que le dieran duro, que las golpearan, ahora ya no, ahora ellas ya tienen un alto”* (voluntaria salud, Honduras) en la cual aunque si bien se refleja en cierta medida cómo las mujeres en la comunidad han tomando conciencia de su situación, también refleja el sostenimiento de un mito y creencia anclada (les gustaba que les dieran dura) y que denota la falta de posicionamiento real y claro frente a estas situaciones.

Es por ello que para trabajar la violencia no solamente es necesario dar a conocer los tipos de violencia, la ruta crítica y el derecho a denunciar, sino que es necesario analizar cuales son las causas que generan esta violencia contra la mujeres desde la construcción genérica en un orden patriarcal, basado en relaciones de desigualdad, discriminación y violencia.

En este sentido cabe señalar también cómo el trabajo de la violencia contra las mujeres en la atención primaria y en las comunidades se ha orientado mucho a la denuncia y a las medidas jurídicas a aplicar obviando los obstáculos de la justicia y olvidando en algunos casos la situación concreta a la que se enfrenta la mujer. Sin tener en cuenta además que la propia impunidad que enfrentan los sistemas de los estado para enfrentar esta lacra social, son en si mismos un freno para la personas que pudieran decidir abordar estas situaciones.

“En triunfo de la Cruz no se ha dado tanta énfasis al trabajo de violencia contra la mujer. El personal de salud está menos sensibilizado con el tema y existiendo un cierto desconocimiento y temor en lo qué hacer. Si encuentran un caso lo refieren al instituto de la mujer en Tela. Da como temor involucrarse por temor a la represalias y amenazas. Detectarlo si, pero lo referimos.(Personal de salud, Honduras)”

No ha sido este el caso del trabajo en determinados espacios orientados a la temática y que han participado en el Convenio (Consejería familiar de la Ceiba y Casa Ixhel en Honduras) donde se visibiliza el tipo de atención de calidad y calidez bajo una conciencia real de la situación de las mujeres que atraviesan violencia, elemento favorecido por la propia construcción de las mujeres que laboran en estos espacios y apoyado mediante el Convenio a través de las infraestructuras construidas y de los equipamientos adquiridos.

“Si llegas a una casa y te prestan un taza de café no es lo mismo que te atienden en el portal, si les das una taza de café la gente se queda bien, no es la taza de café, es el trato... Si una mujer pasa sin cita y a la psicóloga la tenemos desocupada, nos vamos atrás, que tenemos como un comedorcito y le damos el fresquito, el cafecito y nos sentamos un ratito. la gente se queda y ya vienen a la siguiente cita “ (Consejería de familia, Honduras)

Relacionado a este mismo tema, se habla todavía mucho de la violencia doméstica y violencia familiar relegando la violencia solamente al ámbito privado y invisibilizando así una multiplicidad de violencias a las que cotidianamente se enfrentan las mujeres por el mero hecho de ser mujer; la violencia ejercida en los diferentes espacios públicos; la violencia económica, no solamente la ejercida en los espacios domésticos y mantenida en la atribución exclusiva de las tareas del hogar, sino también en otros ámbitos laborales; la violencia simbólica y la representación que se hace de ella, son solo algunos ejemplos.

En términos generales, aparte de estas temáticas trabajadas, en la práctica el Convenio aunque ha ido variando durante su desarrollo ha tenido una fuerte carga el enfoque materno- infantil, poniendo más énfasis en la salud reproductiva que en la salud sexual. Inclusive en algunos casos se hablaba tan solo de salud reproductiva. Si bien se han trabajado todas las temáticas antes mencionadas, ha sido común en todos los países el trabajo orientado a las mujeres embarazadas, puérperas y sus riesgos. Todo ello, si bien es importante, puede reforzar el mandato de género de la maternidad, en el que la salud de las mujeres se basa en atender su rol histórico del ser madre.

“En el Centro de Salud del Confito se ha priorizado siempre el programa materno infantil y luego viene el programa del hombre” (Personal de salud, Honduras)

La noción de que existen diferencias intrínsecas entre los dos sexos se basa en la consideración de que la salud de las mujeres es sólo una salud reproductiva, fortaleciendo la idea que la salud de las mujeres se relaciona sólo con el embarazo, la anticoncepción, la planificación familiar y, recientemente, con la menopausia.

Sin embargo se ha visto, poco a poco el cambio de enfoque, por ejemplo en El Salvador, donde la formación a medicas/os y enfermaras/os estaba en un inicio orientada a la formación en vigilancias obstétricas para terminar haciendo un diplomado con un enfoque más integral.

“Desde fuera hemos visto que el enfoque de SSyR siempre ha sido un enfoque reducido, es reducir la SSyR al embarazo... Es un esfuerzo de meses de discusión para cambiarle el caset de nuestro nivel para que vea a la persona de una forma integral, cuesta a este nivel y ahora imagínese en el nivel local, y ahora también el cambio de casete del modelo de salud asistencialista que tenemos. Cuesta para ir sentando las bases de un modelo de salud más preventivo con mucha más promoción de la salud, la educación, la curación que no se puede quitar porque es algo importante, la rehabilitación, y eso de estar en capacitación y capacitación en este curso insistimos que esa capacitación le sirva para mejorar la calidad de la atención” (Personal de salud, El Salvador)

Destacar también la importancia de haber introducido el tema de la diversidad sexual en algunas acciones, como temática del Diplomado en El Salvador, contenidos de rotafolios y cuñas radiales en la acción 10 de Guatemala y como eje de trabajo en Acahual (Nicaragua). Este hecho aporta al Convenio un punto de debate que rompe con la construcción heteropatriarcal y pone en el centro el tema del derecho a vivir y expresar la sexualidad de forma libre y el derecho a la autonomía del propio cuerpo. Sin embargo esto ha traído resistencias, tanto dentro de las mismas comunidades donde se ha trabajado como en el resto de acciones del Convenio en tanto cuestiona un sistema heteronormativo establecido y rompe con los diferentes mitos y creencias construidas. Es un hecho, por tanto, la necesidad de seguir profundizando en este tema como una cuestión básica de los Derechos Sexuales y Reproductivos para romper las desigualdades existentes y la discriminación.

“no se profundizo, no tuvimos tiempo de ver otra película para haberlo debatido y discutido más, se hablo sobre la respuesta sexual humana y en ese contexto hablar de la construcción o como llegamos a definir la identidad sexual y la identidad de genero y un pequeño análisis que nos sorprendió, si somos heterosexuales que tipo de heterosexuales somos si somos homosexuales que tipo de homosexuales somos, y si soy bisexual que tipo de bisexual somos, y entonces hacer una articulación entre el nacimiento, el genero, los roles de genero, y todo eso nos dio un colchón para poder establecer el enfoque de la no discriminación, la no estigmatización y el respeto como persona el derecho a la dignidad humana” (Facilitador diplomado, El Salvador)

En muchos de los procesos que se han ido mencionando a lo largo de todo el documento, se ha visto que, a nivel comunitario se ha trabajado con grupos de mujeres, pero es necesario hacer también un análisis de lo que ha repercutido para ellas estos procesos. Si bien es necesaria la información y la formación, para poder generar cambios debemos tomar en cuenta de qué forma ha sido desarrollada ésta y si ha sido una doble carga. En muchas ocasiones, las mujeres asisten a los talleres, participan en los comités pero cuando llegan a casa, siguen “teniendo que hacer” las mismas tareas del hogar, fomentando así la llamada doble jornada laboral.

Por último, mencionamos acá, que en los diagnósticos realizados se pudieron detectar las principales problemáticas enfrentadas en las comunidades y en especial en Salud Sexual y Reproductiva, pero no en todos los casos fueron diagnósticos que registraran desde un enfoque de género la situación concreta de la mujer en términos económicos, de carga laboral y de control y acceso de los recursos, nuevamente quedándose en un nivel muy biomédico.

En definitiva, si bien se han visto cambios en el trabajo de Salud Sexual y Reproductiva, se ve necesario seguir profundizando en la temática, desde un enfoque de género que parta de la teoría feminista. El Convenio ha favorecido el acceso a la salud por parte de las mujeres, ha suministrado, y ha sentado las bases para la toma de decisiones y la autonomía pero ha faltado una sensibilización real un pasar la teoría por el cuerpo para la construcción de sujetas y sujetos conscientes de las inequidades y de justicia social

“Cuando hablamos de género puede haber una mueca de sonrisa pero no protestan tanto, tratamos de traducirlo en los materiales y en los discursos” (Equipos acciones 1 y 2 El Salvador)

En otro sentido, nos planteamos también el análisis del **enfoque de multiculturalidad** que ha tenido la presente propuesta, sin embargo lo primero en lo que se debe insistir es que este enfoque está estrechamente ligado con el anterior y por lo tanto no deben verse de forma aislada, ya que, ambos juntos, significan en si mismo un enorme esfuerzo para deconstruir sistemas opresores basados en dos elementos de poder, discriminación y desigualdad; el género y la raza.

Es así como se ha podido observar como el punto de partida del Convenio plantea una problemática inicial, no contener transversalmente el componente de **multiculturalidad**, más allá de que en muchas de las acciones esta multiculturalidad fue un referente en si misma y que, desde el primer Encuentro Regional de Socios Locales (El Salvador, 2008) se define un enfoque de multiculturalidad en el asesoramiento técnico y el fortalecimiento de sistemas de salud.

En términos generales es importante destacar como no se ha trabajado directamente con la población ni indígena ni garífuna sino con organizaciones que trabajan con esta población, lo cual no siempre es representativo. En este sentido el trabajo ha estado más orientado a influir en la multiculturalidad dentro del sistema de salud pública para la sensibilización y el fortalecimiento.

Como resulta lógico fue en Guatemala y en Honduras donde mayor énfasis tuvo el análisis de multiculturalidad, situación que quedó reflejada especialmente en las siguientes actividades:

- Materiales IEC: en el caso de las acciones 3, 10 y 11 en Guatemala y de la acción 4 en Honduras, se elaboraron materiales que respetaron en sus diagramaciones la realidad maya de su población, utilizando en algunos casos materiales escritos en castellano y lenguas mayas /garífuna.
- Cuñas radiales (acciones 3 y 10 en Guatemala y 4 Honduras): elaboradas y difundidas en lenguas propias y utilizando expresiones cotidianas de las culturas de referencia.
- Investigación sobre Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de cosmovisión garífuna: sobre esta investigación se hace referencia en el apartado específicos de construcción de conocimientos ligados al Convenio
- Incidencia ante el Ministerio de Salud de Guatemala para el reconocimiento de la figura de la comadrona realizada por la Asociación de Comadronas VIDA; en un esfuerzo que tiene su centro argumental en el valor que la comadrona tradicional tiene dentro de los pueblos mayas y que debería obligar al sistema de salud de Guatemala a buscar complementariedades entre esta figura comunitaria y los servicios de salud. La acción 3 logró el reconocimiento de un grupo de estas parteras, previa formación consensuada entre VIDA y la Dirección de Área de Salud de Sololá en contenidos y habilidades que respetaran visiones propias de los pueblos mayas, con los requisitos que le son propios al parto seguro.

Es importante destacar aquí las adaptación de los equipos de trabajo a una realidad multicultural. Es así, los equipos de las Socias Locales (VIDA, Xocomil, ENMUNEH. Municipalidad de Sololá e ISIS) cuenta con personal que manejan idiomas que le son propios a la multiculturalidad de su población, lo que permitió que los procesos formativos y otros procesos comunitarios (capacitación y coordinación con Comités de Emergencia en acciones 3, 10 y 11, capacitación de parteras en la acción 3, capacitación de voluntarios/as de salud en acción 4 y apoyo en el desarrollo comunitario del Modelo Incluyente en Salud en la acción 11 de Boca Costa Sololá) pudieran ser desarrollados.

Es indispensable en este sentido incorporar estos elementos puesto que si no existe identificación, será muy difícil la sensibilización y por tanto promover cambios.

De todas formas cabe mencionar, que la incorporación del enfoque no pasa solo por incorporar estos elementos, puesto que incluye un análisis más profundo de la realidad del país, a nivel social y político. En países donde conviven diferentes pueblos, resultaría incoherente abordar la problemática de la salud pública sin tener en cuenta esta diversidad cultural, con una cosmovisión propia de la salud y con prácticas totalmente diferentes a las llevadas a cabo por la medicina occidental. Por tanto, se considera que éste debe verse como un enfoque transversal en la salud pública y no solamente un tema a trabajar de forma aislada y puntual en ciertos momentos o programas. Pasa por tanto por una voluntad política.

Este enfoque parte de un principio de justicia y equidad incorporando el derecho a la diferencia y a la propia expresión de esta diferencia. Por tanto el sistema de salud público no debe solo actuar para promover cambios en él o la otra, sino que debe promover también cambios internos para ver este como una totalidad. No se trata solamente de sensibilizar desde el yo, desde el centro, desde la verdad absoluta o en definitiva desde una situación privilegiada y de poder, sino también de incorporar la diversidad desde las necesidades sentidas, viendo la salud como un ejercicio de libre elección sobre el propio bienestar.

Es necesario comprender como las diferentes lógicas culturales influyen en las diferentes acciones de salud que llevan a cabo las personas y las comunidades y en su concepción de salud y enfermedad, las cuales deben tomarse en cuenta desde el sistema de salud.

Es por ello, que se destacan los procesos formativos realizados sobretudo por la acción 4 de Honduras y 3, 10 y 11 de Guatemala, las cuales tuvieron en cuenta la realidad de la diversidad cultural, promoviendo cambios en este sentido.

“Se trabajó para hacer ver que si la gente está dando atención a este tipo de población hay que respetarle sus creencias y prácticas, porque no están aceptando ni al niño ni a la madre. Para trabajar este tema, vino la misma comunidad a dramatizar como eran atendidos y discriminados en el Centro de Salud”. (Consultora estrategia formativa, Honduras)

“He tenido que conocer las costumbres, el empacho, el cordón rojo, los niños con alcanfor, los aceites que usan, la mollera...cuando hay luna todos abortan y dicen que es por la luna, y yo como médico pienso que se lo provocan. Ha habido enfermos terminales con VIH que se han ido a hacer vudú, un ritual y esas personas se levantan.. he tenido que meterme a la cultura de ellos y decirles que no es mentira... yo les digo que se haga su limpieza y si no le funciona que se venga para acá. He dividido la medicina. por ejemplo, nadie se desparasita antes de purgarse, por tanto lo que hago es decirles que se purguen primero y luego que se vengan para acá... ellos dicen que yo si les entiendo. Cuando yo llegué al Centro de Salud todos los niños andaban con diarrea y ahora nadie.. porque primero se purgan y luego se desparasitan. Trato de integrar el sistema sin cambiar el que ya está “ (Personal de salud, Honduras)

En el tema de las comadronas se pone en evidencia el conflicto suscitado por las diferentes visiones y creencias en torno a la salud. En ocasiones, cuando hablamos de mejora de la salud, mejora de la calidad de vida... se hace pensando en una sola óptica y no analizando otros puntos de vista. Si se piensa en un sistema de salud incluyente y equitativo, es necesario, como ya se ha comentado anteriormente hacer un análisis exhaustivo del papel de las comadronas en la cultura maya y dentro del sistema de salud, lo cual es todavía un debate abierto. Es en este sentido que la asociación VIDA, de la acción 3 ha jugado un papel importante para la revalorización de esta figura y de su papel como acompañantes de las mujeres embarazadas. Es en este tema donde se ponen de manifiesto además diferentes visiones, desde la asimilación al sistema de salud, mediante incluso de algún incentivo económico, como fue expresado en Honduras, hasta la necesidad de revalorizar una práctica ancestral integrándola y aprendiendo de ella como es el caso de la acción 11 en Guatemala. Es aquí también donde se muestran los prejuicios, las discriminaciones y el poco interés por asumir, entender e integrar una realidad que, en caso de ser respetada, revalorizaría a los propios sistemas.

“Las comadronas no pueden acompañar partos en el hospital, hay un grupo de comadronas que dizque si, pero no, su función se relega a hacer camas, cambiar a las mujeres, pero no en sí a la atención de partos, pero si nos gustaría. Lo que queremos es que el parto sea atendido institucionalmente porque es la responsabilidad de ellos, pero aquí en Sololá no se podría lograr eso porque, que pasaría con todas las comadronas, que son parte de la cultura. Si estamos pensando en que la comadrona más adelante desaparezca estamos yendo contra la cultura y lo que queremos nosotras es que se mantenga y se vaya revalorizando, lo ideal aquí es que la comadrona exista para la atención de partos natural y que el ministerio de salud se acerque, porque son solo las comadronas las que tienen que acercarse y cuando lo hacen las rechazan, lo que tenemos que buscar son mecanismo que ayuden a mejorar la visión que tiene la gente de las instancias de salud, de los médicos en sí.” (Equipo técnico acción 3, Guatemala)

La apropiación del enfoque pasa por un diálogo constante entre elMSPAS y la sociedad civil, con las comadronas, con el sacerdote maya, con las organizaciones... Un diálogo horizontal que parta del interés real por la mejora de la salud desde el conocimiento y respeto de las diferentes creencias.

Para ello, desde la acción 11 de Guatemala, se han promovido espacios de intercambio, aprendizaje mutuo, cooperación y convivencia con las diferentes personas de las comunidades responsables de la salud, tal es el caso de las comadronas y las sacerdotes mayas.

“El enfoque del ministerio siempre ha sido decirle a la comadrona que es lo que no tiene que hacer o lo que hace mal... es un proceso discriminatorio, lo que se hace es comenzar con las experiencias personales desde ellas, que aprenda el personal de las comadronas, porque han atendido más partos que las enfermeras que hay en los puestos de salud, tienen una cosmovisión y una riqueza de conocimientos que rebasa con creces a casi cualquier personal médico o técnico del ministerio”. (Equipo técnico acción 11, Guatemala)

En esta acción se ha tomado en cuenta los saberes de las comadronas y los sacerdotes mayas de forma complementaria, facilitando la adecuación de la atención y mejorando la eficacia, logrando además atender problemas que por el modelo biomédico han sido invisibilizados. Se identifican y se integran a sistema de salud 7 de las enfermedades maya-populares más frecuente, las cuales al ser detectadas son referidas a uno de estos sacerdotes.

“vamos ayudando a que cada día se vea que eso es tan importante y es una ciencia tan válida como la que sabemos nosotros y que tiene sus propios recursos, sus propios medios terapéuticos, sus propios medios, sus propias enfermedades que además las padecemos todos, así como todos padecemos de una diarrea, todos padecemos de susto, de hechizo” (Equipo técnico acción 11, Guatemala)

Desde la acción 10, a parte de los materiales en IEC se ha facilitado algunos elementos en el hospital que retoman la diversidad cultural y la realidad de los pueblos originarios de la zona. En este sentido se suministró batas para las mujeres que iban a parir en tela de wipil y se puso en cakchiquel las señalizaciones de este mismo hospital de Sololá.

Para analizar en nivel de apropiación del enfoque es necesario, no solo conocer las actividades y procesos impulsados, sino también quienes son las personas que han llevado a la práctica este enfoque. En este sentido, el personal de los equipos técnicos de las organizaciones y del Centro de Salud de Guineales han jugado un papel muy importante. En primera instancia, el hecho de que mucho de este personal fuera indígena ha facilitado la aplicación del enfoque, pero también el tipo de trabajo realizado por cada uno y una de ellas, un trabajo cercano a la comunidad ha facilitado la sensibilización, elemento indispensable para la aplicación del enfoque.

6.5. NO TODO HA SIDO FÁCIL

Si bien en el análisis de los diferentes ejes realizados ya se han identificado muchas dificultades que a lo largo del proceso han afectado en su ejecución, queremos aquí consolidar y aglutinar desde una visión general muchas de las situaciones que, de una u otra forma, han complejizado la intervención desarrollada en el presente Convenio.

LIMITANTES EXTERNAS

Los cambios de gobierno tanto en Guatemala como en Honduras, han influido directamente en el Convenio debido a la consecuente renovación de las autoridades responsables, principalmente en los cargos de toma de decisiones, lo que ha dificultado la continuidad del proceso, suponiendo un enorme esfuerzo para, nuevamente establecer las relaciones necesarias y oportunas y no paralizar los trabajos puestos en marcha.

Sin embargo, estas **discontinuidades en las coordinaciones con las autoridades de salud**, no han estado solamente provocadas por los cambios de gobierno, sino más bien son un ejercicio constante y habitual en las propias estructuras del sistema, hecho que como se explicó anteriormente afectó de manera principal en el desarrollo de las acciones 3 y 10 en Sololá.

Si unimos esto a la **escasa transferencia de información que se produce en los relevos de cargo**, vemos como el ejercicio de coordinación se ha tenido que incrementar a proporciones enormes, incluyendo la presentación de Convenio nuevamente.

En el caso de Honduras, el caso mas paradigmático fue el **golpe de Estado**, momento en el cual el país quedó en un vacío político, en el que el Convenio se vio arrastrado. Después de las elecciones, el país entra en un momento en el que se producen también muchos cambios en las autoridades que representan cargos políticos, con las consecuencias antes mencionadas.

Las condiciones climatológicas y los desastres producidos por los fenómenos naturales comunes en la región ha sido también un impedimento para la marcha del Convenio. En este sentido todos los países se vieron afectados por las lluvias, inundaciones y en el caso concreto de Honduras, el terremoto ocurrido en el 2009. Estos desastres, reflejo de la vulnerabilidad de la población, de la falta de voluntad política de prevención y de la débil respuesta de las autoridades ante la emergencia, impidieron el acceso a muchas de las comunidades y por tanto la realización y seguimiento de muchas de las actividades. Además, la emergencia nacional derivada de estos desastres provocaron la parálisis inmediata de las actividades que implicaban coordinaciones o personal del ministerio de salud, como en los cursos organizados en El Salvador o las coordinaciones de trabajo de la acción 10.



La inseguridad a causa de la violencia que atraviesan los países, en especial manifestada en Honduras, Guatemala y El Salvador ha actuado de limitante, sobre todo, como ya se ha comentado, en el desarrollo de los procesos formativos comunitarios. Tanto los y la voluntarios en Honduras, los facilitadores en Guatemala y los promotores y promotoras en El Salvador debían buscar mecanismos de seguridad para trasladarse hasta algunas comunidades. En ocasiones las reuniones se desarrollaban de noche para adaptarse a los grupos, por lo que tocaba pagar transporte o salir antes de la actividad, dificultando así el proceso. Esta inseguridad impidió también en ciertos momentos que las mismas personas de la comunidad asistieran a los centros de salud y a actividades que se desarrollaban fuera de sus comunidades.

Esta inseguridad causada por la violencia relacionada con **la ubicación de los Centros de Salud**, es algo que debe ser tomado en cuenta como limitante en tanto dificulta el acceso a la salud y limita la calidad de la

atención. Según se expresa en Honduras, son los Centros de Salud más alejados del núcleo urbanos aquellos que constan de menos recursos y por tanto no se dispone de todo lo necesario para la atención, debiendo siempre recurrir a otros Centros de Salud más alejados para ser atendidos, lo que deja a las y los usuarios más expuestos frente a la situación de inseguridad que atraviesan.

Por tanto aparece aquí otra limitante que se hace visible en todos los países de la región y que es la **falta de recursos de los ministerios de la salud pública**, sobretodo los destinados a la atención primaria.

La cultura patriarcal imperante, que construye a los géneros bajo un poder de dominación y control, arraiga en la sociedad ciertos mitos, creencia y tabús en torno a la sexualidad para mantener el sistema. En este sentido se han generado ciertas resistencias tanto en las comunidades como desde ciertas instancias, poniendo barreras ante las temáticas trabajadas en las comunidades y Centros Escolares.

Los fundamentalismos religiosos que permean tanto el ámbito comunitario como el institucional, y su relación con la cultura patriarcal debilita el trabajo en Salud Sexual y Reproductiva, impidiendo la realización de muchas actividades y estigmatizando a las y los facilitadores por tocar ciertos temas.

En el caso concreto de Honduras se señala que el **paro de labores en salud y educación** impidió hacer muchas de las actividades planificadas. Concretamente en educación, que duró unos tres meses, el trabajo en los diferentes Centros Educativos quedó pausado durante este período.

La migración de voluntarias de salud, relacionada con la situación económica ha sido una limitante para el trabajo comunitario en Honduras, muchas de estas voluntarias, madres solteras, han necesitado dejar el voluntariado para buscar otra actividad que generara ingresos, dificultando la continuidad en el trabajo y perdiendo en la transferencia de conocimientos

El retardo en los procesos judiciales aparece como limitante en instituciones que trabajan en el apoyo a mujeres que enfrentan violencia como es el caso de Acahual, Nuevos Horizontes y Casa Ixchel; producto de la fragilidad de un sistema que generalmente provoca que mujeres que atraviesan la problemática se cansen y abandonan los procesos en los que se les da acompañamiento.

LIMITANTES INTERNAS AL CONVENIO

La carga de trabajo del personal en la formación: En las acciones donde se ha desarrollado formación con personal sanitario, éste ha visto como, a pesar de ser importante la formación, requería de un esfuerzo mayor al duplicarse la jornada de trabajo. Tal es el caso del proceso la estrategia formativa en Honduras y el diplomado impartido en El Salvador, en los cuales, a parte de recibir la formación, debían replicar los talleres posteriores con la comunidad y desarrollar trabajo comunitario.

Falta de formación de los equipos técnicos: Desde algunas de las organizaciones participantes en el Convenio, especialmente desde ENMUNEH, Xocomil y Acahual existe la demanda de desarrollar procesos internos relacionados con la temática de SSyR, violencia de género y temas específicos en torno a ellos. Este punto se relaciona con lo comentado en el apartado referido a la apropiación y aplicación del enfoque de género, en la cual ya se visibilizaba una debilidad en la sensibilización del enfoque por parte de los equipos técnicos.

Otra de las limitantes que el mismo Convenio ha generado ha sido la **dificultad de adaptación a la normativa AECID**, debido a las exigencias de la misma y a los cambios en los procedimientos administrativos que se han dado en el transcurso del Convenio.

Una de las limitantes que ha sido común en todas las acciones y que ya se ha nombrado en los procesos formativos ha sido la **falta de seguimiento**, debido a la **falta de recurso humano** por un lado pero también a la **falta de creación y planificación de mecanismos para este seguimiento y para la evaluación**. Acciones como la 4 en Honduras y la 3 en Guatemala desarrollaron todo un trabajo comunitario y de transferencia de conocimientos de amplia cobertura al que no se le pudo dar seguimiento en su totalidad. En el caso de Acahual aparece también como limitante el recurso humano para dar seguimiento a toda la demanda. La acción 1 en El Salvador también asume la desproporción negativa entre el área geográfica de intervención y el personal destinado a la ejecución de las actividades en dicha área.

Otra limitante común para todas las acciones y procesos desarrollados y que ha sido recurrente en todo el documento ha sido la falta de **unificación y de postura clara del enfoque de género en la SSyR** a nivel de Medicus Mundi, lo cual ha repercutido a nivel práctico en el trabajo desarrollado. Por este motivo, este enfoque se ha ido construyendo en el transcurso del Convenio a voluntad de los equipos técnicos lo que ha conllevado dificultades por falta de formación en algunos casos y/o de referentes teóricos claros en otros. Si bien existen unos lineamientos generales, la falta de debate y consenso sobre, por ejemplo los aportes de la teoría feminista a la SSyR ha dado como resultado la falta de sensibilización ante las relaciones de desigualdad e injusticia social.

Los cambios del personal técnico y administrativo durante los cuatro años del Convenio en algunas de las organizaciones, ha dificultado la consolidación del equipo y por consiguiente la continuidad de los procesos, en el sentido que cada vez que llegaba alguien nuevo se necesitaba un proceso de inducción. En otras organizaciones donde, no con tanta frecuencia, pero sí también hubo cambio de personal, como en el caso de Xocomil, la limitante fue que al incorporarse alguien nuevo más tarde **no hubo un proceso de inducción**.

En el caso de casa Ixchel, el hecho de tener la **oficina donde opera el equipo técnico del proyecto en la misma Casa Refugio**, que es por seguridad un lugar secreto, ha dificultado las coordinaciones. No pueden dar la dirección a nadie y es siempre el equipo el que tiene que salir para las diferentes concertaciones.

Otra limitante específica de la casa Ixchel fue el **embargo judicial** de la cuenta de la municipalidad de la Ceiba, cuenta desde donde se manejaban los fondos del Convenio para dicha institución. Todo ello aunque se trato de un proceso de corta transición, tuvo repercusiones a la hora de poder realizar las actividades por falta de fondos.

Siguiendo con casa Ixchel hubieron al principio algunas **resistencias por parte de algunos de los médicos y voluntarios para trabajar conjuntamente** por cuestiones históricas. Antes del inicio del Convenio los voluntarios y voluntarias estaban muy poco motivados en su trabajo por falta de reconocimiento del personal de salud, y éste tenía muy poca confianza con dichos voluntarios y voluntarias. Sin embargo, estas diferencias fueron desapareciendo en el camino debido al trabajo motivacional realizado por el equipo técnico y a la sensibilización del personal médico en la formación.

En relación siempre a las y los voluntarios, aparece como limitante la **falta de asunción por parte del Ministerio de Salud**, en tanto realizan un trabajo, como bien dice la palabra “voluntario”, como personal de apoyo del Ministerio en el área de la promoción y prevención de la salud. En este sentido, una vez finalizado el Convenio, estas y estos voluntarios ya no van a recibir ningún incentivo a modo de refrigerio y transporte como hasta el momento, lo que puede a empezar a desencadenar deserción debido a sus condiciones económicas, poniendo en entredicho la **sostenibilidad** del proceso. Sin embargo habría que revisar también los mecanismos motivacionales desarrollados con este personal voluntario de tal forma de evitar también posibles dependencias generadas por un estilo paternalista del Convenio.

Una de las limitantes más significativa que se expresa desde la acción 10 fue la misma **identificación del Convenio** en el sentido que no se tuvo en cuenta la coyuntura ni la realidad del país y por tanto, finalmente, el trabajo en el terreno fue diferente a la propuesta identificada.

Fue en esta acción 10, además de en la acción 3 y la 4, donde hubo algunas dificultades para **coordinar con las instancias públicas**, e involucrar al personal de salud lo que requirió de esfuerzos mayores por parte de los equipos técnicos y retrasó en muchas ocasiones el proceso.

En este sentido la poca apertura y la **falta de involucramiento y compromiso**, por ejemplo del sector de educación en Quetzaltenango trajo dificultades en el desarrollo de los talleres en los Centros Educativos. En primer lugar, los supervisores de salud se mostraron muy resistentes a participar en los procesos formativos, los cuales no se valoraban como importantes, mostrando bastante desinterés en su participación y no responsabilizándose del proceso de réplicas, que terminó haciendo el equipo técnico.

Otra limitante relativa a esa relación con las instancias públicas, en este sentido con el Ministerio de Educación, se visibiliza al inicio en la acción liderada por Nuevos Horizontes con la **falta de permisos para permitir al personal ausentarse de su puesto de trabajo** y asistir a la formación, lo que dificultó la cobertura y limitó el proceso.

Sin ser generalizado entre las Socias Locales, se expresan algunas debilidades de interlocución entre los equipos técnicos, principalmente en la cadena tan necesaria que va de la coordinación a la facilitación, dificultando, en ocasiones, el desarrollo de las actividades

6.6. ALGUNAS COSAS QUE NOS AYUDARON

Una de las principales oportunidades que se visibilizan para la presente propuesta fueron las Reformas que países como Nicaragua y El Salvador están viviendo en la actualidad, a pesar de que, inicialmente en el caso de El Salvador tuvo efectos contrarios, se ve como en ambos países la visión, enfoques y prácticas de los Ministerios están acordes con muchos intentos que Medicus Mundi se planteó con este Convenio.

Una de las principales fortalezas con la que cuentan las diferentes acciones ha sido la buena **integración de los equipos de trabajo** y el desarrollo del **trabajo en equipo**. Organizaciones como Casa Ixchel, Nuevos Horizontes y Acahual que realizan un servicio de atención a mujeres que enfrentan violencia, destacan además la riqueza del trabajo de un equipo multidisciplinar que facilita así la cobertura de diferentes necesidades y una atención integral.

El establecimiento de mecanismos de comunicación y coordinación claros al interior de los equipos del Convenio, como expresan Casa Ixchel y ENMUNEH, ha facilitado la coordinación de las actividades, el apoyo mutuo y en última instancia el desarrollo del Convenio.

Según estos equipos y las diferentes organizaciones, otro de los elementos que ha facilitado el desarrollo del Convenio ha sido el **apoyo y constante acompañamiento por parte de la Unidad de Gestión** con sede en El Salvador. Esta Unidad de Gestión, ha realizado un apoyo y seguimiento a las diferentes organizaciones en función de sus necesidades, actuando a veces de mediadores antes los conflictos ocurridos. Unido a esto, el compromiso y la clara visión de este equipo en relación a la necesidad de implementar de manera más decidida que lo previsto en su identificación, los enfoques de género y multiculturalidad, así como, su capacidad negociadora y muchas veces empática para intentar lograr acuerdo comunes y visiones conjuntas del Convenio, permitió avances en el proceso global.

Este Convenio, ha tenido un fuerte componente en el ámbito de las **infraestructuras** y el **suministro de material biomédico** que si bien, el haberlo conseguido es un logro en si mismo, actúa también de elemento facilitador para la consecución de los indicadores previstos en el Convenio como los relacionados con la ampliación de la accesibilidad y cobertura de la atención primaria en salud.

En el caso de la acción 5 de Honduras, por ejemplo, el Hogar de Espera Materna en Morazán, se pone en funcionamiento en base a un trabajo ya hecho, en base a una clínica materna que ya estaba funcionando, lo cual ha facilitado el buen funcionamiento y amplia utilización que se tiene actualmente.

Relacionado también con las infraestructuras, señalamos nuevamente que uno de los mecanismos creados por el Convenio; el comité de compras, permitió que todas éstas se llevaran a buen fin y se desarrollaran de forma transparente, democratizando los mecanismos internos y favoreciendo un clima positivo.

El trabajo comunitario y las visitas familiares realizadas por la mayoría de las acciones se consideran elementos muy positivos y facilitadores del desarrollo de los procesos. Todas las acciones, a excepción de la acción 5 en Honduras, desarrollaron, aunque con matices y objetivos diferentes, un trabajo con la comunidad que facilitó el acercamiento y la confianza de la gente con el personal facilitador y de salud, y en última instancia una mayor cobertura y acceso al sistema de salud. **Los diagnósticos participativos, la estrategia IFC, los talleres, etc...** fueron elementos que permitieron conocer la realidad e identificar las principales necesidades para actuar sobre ellas. Además, el hecho de que el mismo personal comunitario fuera en su mayoría **personal de las mismas comunidades**, y en el caso de Honduras y Guatemala, hablara la misma lengua, se convierte en una fortaleza y facilita la identificación mutua y un mayor compromiso en el trabajo.

En este sentido, en el caso de Acahual, a parte de ser personas de las comunidades, han sido también mujeres que han enfrentado a lo largo de historia vivencias de violencia y por tanto logran una mayor **identificación y complicitad** con las mujeres, que favorece el acercamiento y el interés por su salud.

Es en estos casos concretos, como en Acahual, Casa Ixchel y Nuevos Horizontes, donde se atiende a mujeres que están enfrentando violencia se destaca la **confiabilidad** de la atención prestada como elemento facilitador para que la gente llegue y quiera atenderse y tome en cuenta su salud.

Se destaca también como algunas de las **capacidades instaladas de las Socias Locales**, atención a violencia contra la mujer (Casa Ixchel y Nuevos Horizontes), enfoque multicultural (ENMUNEH) y el trabajo con diversidad sexual desarrollado por Acahual han sido también elementos que han facilitado el debate, la reflexión y en ocasiones la aplicación de numerosos elementos relacionados con estas temáticas a lo largo de todo el Convenio.



Aunque no se cuenta con indicadores de impacto, el hecho de desarrollar **procesos formativos y de sensibilización** con el personal de salud y comunitario ha facilitado que se provoquen algunos cuestionamientos que permiten avanzar y ha permitido dar a conocer aspectos ignorados y desconocidos. No podemos hablar de los procesos formativos sin nombrar el papel que ha jugado **la metodología de**

adultos o metodología de educación popular utilizada en cada uno de estos, la cual en su mayoría ha facilitado la reflexión y el análisis de las propias realidades, siendo así más conscientes de sus necesidades y de las del colectivo o comunidad.

En este sentido se considera que tener a **personal de salud comunitario capacitado**, como en el caso de Honduras y El Salvador, es una fortaleza tanto para la comunidad como para la misma institución de salud.

A parte de la metodología, el contenido de las temáticas desarrolladas en El Salvador con los jóvenes y la articulación de éstos con la comunidad han actuado como elementos favorecedores del desarrollo de los procesos organizativos y de empoderamiento de los jóvenes en El Salvador.

En relación a los procesos formativos al personal de salud, señalamos a modo diferencial, aquellos desarrollados en la acción 11 de Guatemala, los cuales han estado orientados, como ya se menciona en puntos anteriores, a la aplicación del MIS y, aunque utilizando otra metodología, han facilitado también el desarrollo del proceso.

En la misma línea, para poder acompañar y desarrollar las diferentes actividades del Convenio, mencionamos el proceso de **capacitación interna** desarrollado en Casa Ixchel, que ha permitido desarrollar mayores capacidades para el trabajo desempeñado en el equipo técnico.

Otro de los elementos que han jugado un papel estratégico a lo largo del Convenio ha sido las **articulaciones y mecanismos de coordinación entre las instancias públicas, MM y las Socias Locales**. En un Convenio, donde el objetivo principal es el fortalecimiento del sistema público de salud, es indispensable el involucramiento de esta institución, para retomar responsabilidades y garantizar la sostenibilidad. En Honduras, por ejemplo la buena **apertura de la Secretaría de Salud** y de las autoridades locales ha favorecido la coordinación de las infraestructuras puestas en marcha; así como el desarrollo de los procesos en las escuelas, dando entrada para poder trabajar con maestras y maestros y el alumnado; la **apertura de la instancia de salud**, en El Salvador se traduce en la buena relación establecida entre el Ministerio de Salud a nivel central y Medicus Mundi, con mecanismos de coordinación claros y compromiso mutuo; la relación establecida entre Nuevos Horizontes y las autoridades en Guatemala, permitió la utilización de las hojas de referencia, la puesta en marcha del procesos formativo y la coordinación de actividades conjuntas;

La **coordinación interinstitucional y la participación en redes** ha sido también favorecedor tanto para visibilizar el trabajo, construir consensos, hacer incidencia y en definitiva aportar en la construcción de un sistema de salud en el nivel descentralizado mas accesible, justo y equitativo.

Estos relacionamientos, vividos como algo que ha permitido la realización de la ejecución, no hubiera sido posible sin el tesón, la voluntad y el trabajo desempeñado por los diferentes equipos del Convenio, desde la Unidad de Gestión, hasta los Equipos Locales, pasando por la representación de las Asociaciones en el terreno, por lo que se ha convertido en un elemento imprescindible para llevar el proceso a buen fin.

6.7. AL FINAL LO LOGRAMOS

Un Convenio de estas características, con diferentes organizaciones, Socios Locales, ideas, creencias, acciones, contextos, etc. ha generado como hemos ido viendo, diversas dificultades, resistencias, limitantes, contratiempos y conflictos pero ha producido también sus encuentros, diálogos, avances y logros.

En general ha habido un esfuerzo importante de mejora de las condiciones de salud y de las capacidades del sistema para dar respuesta a la población, que se refleja en muchos de los logros alcanzados durante el Convenio. Destacamos aquí los principales :

- El haber destinado un proyecto al **fortalecimiento de la salud en materia de Salud Sexual y Reproductiva** ya se concibe como logro en si mismo y más incluyendo un fuerte componente en educación y sensibilización.
- Uno de los logros más generalizado ha sido en si mismo la **construcción de diferentes infraestructuras y adquisición de equipos** a partir de las cuales, por un lado, se ha podido disfrutar de espacios propicios, dignos y adecuados a la población y sus necesidades y por otro, poder disponer de material biomédico para, por ejemplo la realización de pruebas médicas como el VIH, citologías y ultrasonido o utilización de algunos métodos de planificación familiar, permitiendo a la población el acceso a algo que antes no tenía y por tanto aumentando la cobertura y a la mejora en la calidad y calidez de atención a la mujer.
- La misma **ampliación de la cobertura** se transforma en un logro, tanto para el sistema público de salud, como para la población y para el mismo Convenio. El hecho, por ejemplo de que las poblaciones dispongan de un Hogar de Espera Materna o que en un Centro de Atención Primaria las mujeres puedan adquirir métodos de planificación familiar y puedan realizarse citologías, amplía las posibilidades para que las mujeres sean atendidas en su Salud Sexual y Reproductiva.
- **El contar con sistemas de registro de información** integrales, los cuales han permitido contar con datos sistematizados de la situación real de la población en el ámbito de la salud, y en especial sobre la situación de violencia, visibilizando así una problemática que hasta el momento había quedado en el anonimato dentro de los sistemas de atención primaria. Estos sistemas de información, han permitido desarrollar un proceso de vigilancia permanente y monitoreo de las diferentes enfermedades y problemática para establecer su prevalencia y realizar así las acciones pertinentes
- Ligado al sistema de registro, se ha logrado tener también un **sistema de referencia y contra referencia** oportuna, pudiendo así interrelacionar los diferentes niveles de atención del sistema de salud. Además, el contar con un instrumento de estas características, en el caso concreto de las situaciones de violencia, ha permitido derivar y poner en marcha un sistema de información y derivación a diferentes instancias de la ruta de acceso, minimizando la revictimización de las mujeres.
- Otro de los logros de este Convenio ha sido **la atención integral a la mujer** y en especial a aquellas que enfrentan violencia. A través del registro de la información, de las referencias y contrareferencias y de la formación desarrollada al personal de salud y comunitario, se ha puesto en marcha todo un engranaje que ha permitido realizar esta atención de forma más integral. Todo ello ha sido mas significativo en el caso de las mujeres víctimas de violencia, con las cuales, a partir de la identificación, se han puesto en marcha estrategias de intervención psicológica, médica y legal (Acahual, Casa Ixchel y Nuevos Horizontes), contando en algunos casos con un **modelo de atención integral para víctimas de violencia**.
- En relación a la atención se destaca como logro la **contribución a indicadores** de las instancias de salud como ha sido la **reducción de la muerte materna y la reducción de embarazos en adolescentes**.
- Muchos de los procesos desarrollados y el mismo fortalecimiento del sistema de salud, han estado influenciados por **una mayor sensibilización de muchas de las Socias Locales y de personal de las estructuras sanitarias**, en el eje fundamental del Convenio como es el tema de la Salud Sexual y Reproductiva y, aunque de manera inicial sin haber sido previsto como un componente del mismo,

en el tema de la violencia de género, logrando romper tabúes mitos y creencias. Esta sensibilización se hace muy significativa sobre todo en el personal de salud que ha participado en los diferentes procesos, los cuales se concientizaron sobre los derechos sexuales de la población y sobre la problemática de violencia, adquiriendo herramientas para su abordaje.

- En relación a esta sensibilización se considera un logro el hecho de contar como parte del sistema de salud con **personal comunitario sensibilizado y empoderado** que desempeña un trabajo de promoción en salud muy importante, acercando y abriendo las Unidades de Salud a la comunidad y al revés.
- Este acercamiento a la comunidad y los procesos educativos desarrollados han contribuido también a lograr una mayor **sensibilización de la población, sobretodo de las mujeres y jóvenes** en relación a las temáticas mencionadas. Esta sensibilización ha contribuido a lograr un mayor satisfacción e interés de la comunidad hacia las actividades implementadas y un mayor empoderamiento sobre sus derechos.
- Esta sensibilización tanto de la población como del personal de salud y comunitario ha contribuido también a la toma de conciencia de las mujeres que enfrentan violencia logrando que se **rompan el silencio y se acerquen al Centro de Salud a solicitar apoyo**.
- Valoramos como logro el **involucramiento activo de la población y la participación conjunta con el sistema de salud** para la mejora de su calidad de vida. En este sentido se han desarrollado procesos de participación ciudadana en los que la gente ha empezado a conocer sus derechos, demandarlos y reclamarlos
- Un logro muy significativo y estratégico para la marcha del Convenio ha sido la constante **relación , articulación, coordinación entre las instancias públicas, las organizaciones sociales y Medicus Mundi**. Ello a derivado en el establecimiento de **Convenios** de colaboración y compromiso por ambas partes en pro de la mejora del sistema de salud y de la mejora de la calidad de vida de las comunidades. Con ello destacamos el **involucramiento y el interés de algunas de las municipalidades** por la salud de su población.
- El haber logrado incidir en las instancias públicas de salud en el tema de la interculturalidad logrando además **incorporar este enfoque en la práctica de los Centros de Salud** ha sido muy significativo para la visibilización e inclusión de los mismos pueblos y para el fortalecimiento de un sistema publico de salud incluyente, equitativo y justo.
- Por ultimo uno de los mayores logros, teniendo en cuenta la naturaleza del Convenio ha sido el haber conseguido el **encuentro y diálogo colaborativo** con capacidad de escucha entre los diferentes actores.

7. NADA QUEDA IGUAL: CAMBIOS PROVOCADOS⁹

Ninguna intervención social pasa desapercibida por quienes la “reciben” ni por quienes la “ejecutan”, sino que produce una serie de efectos sobre las personas, sobre las comunidades y sobre las organizaciones que participan en ella que muchas veces no son tangibles, no se miran. A lo largo del documento ya han ido apareciendo numerosos de estos efectos producidos y hasta donde ha llegado sus alcances, pero queremos aquí destacar cómo se perciben, cómo los viven y cómo los sienten las personas, en definitiva, “lo que dicen ellos y ellas” que, si bien no es medible en términos cuantitativos y que sería objeto de otro documento, es tan importante como las cifras.

Es así como, a pesar de que el Convenio se ha desarrollado desde un claro enfoque de fortalecimiento a los sistemas públicos de salud, muchas de las acciones han tenido una y muy estrecha relación e intervención **en las comunidades**, vislumbrándose allí, una serie de efectos positivos.

El incipiente despertar a la temática de los derechos sexuales y reproductivos ha generado “*cambios de actitud en la comunidad a la hora de abordar esta temática. Las personas hablan más de estos temas porque antes se retraían porque era tema tabú. Ahora desarrollan bien la temática, hacen dinámicas y es importante que puedan hablar de estos temas delante de su comunidad*”.

Proporcionándoles además diferentes herramientas para el análisis de la realidad en la que viven; “*es bonito ver como la comunidad manejaba hasta indicadores de sus propios problemas, cuántas mujeres con VIH, cuántas mujeres van a control de embarazo, cuántos métodos de planificación...*” y, por tanto, visibilizando sus problemáticas y ampliando sus alternativas para la búsqueda de soluciones comunes.

El acercamiento y la forma de llegar a las comunidades, principalmente por el propio personal de salud amplía la confianza de las personas en el sistema, detonando en una mayor utilización del recurso; “*ya hay más controles de puérperas, hay más embarazadas adolescentes que llegan a control, antes no venían porque les daba temor*” y una ampliación de la participación, no entendida como participación social sino como acercamiento a los servicios e interés por lo que puede suponer para, principalmente las mujeres; “*ha habido un cambio respecto al compromiso, pues asisten a las charlas y se quedan con el compromiso de invitar a más gente..., mucho más interés en educarse*”.

El apoyo y fortalecimiento concreto a grupos comunitarios organizados hace que la comunidad se sienta más acompañada y menos aislada; “*ahora con los comités es un apoyo mayor a la comunidad, toda la comunidad lo sabe, lo conocen, en parte se sienten más protegidas porque ya no están solos, antes se preguntaban, ¿a quién le voy a pedir ayuda? pero no es igual con el comité de emergencia, ya pueden pedir apoyo*”.

Por otro lado, como ya hemos dicho, el punto fuerte del Convenio ha sido el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y es, en estas estructuras donde se visualizan también una serie de **cambios a nivel institucional**; “*este proyecto vino a despertar ese adormecimiento de la Secretaría en la atención a SSyR y violencia de género. Esto les vino a confrontar la pasividad que tenían y el interés por seguir abordando las temáticas para tener una verdadera conciencia y tener una atención integral*”, se ve además como, “*los jefes directores tienen mucha apertura hacia este tipo de actividades, aceptan que es una debilidad del Ministerio*”

⁹ Hemos incluido en la propia redacción de este apartado numerosas citas textuales de las y los participantes en el estudio de sistematización ya que, consideramos muestran las percepciones sentidas en relación a los cambios producidos por el Convenio.

Se produce además un **cambio de visión**, “los responsables de los Centros de Salud de las comunidades manifiestan un cambio en la toma de conciencia de la problemática de la violencia de género. Anteriormente, no se registraba, ni tan solo se tenía en cuenta y actualmente es algo que se toma en cuenta cuando se atiende a las mujeres”; la asunción de la atención en salud con un enfoque de derecho donde “los usuarios, las personas tienen ese derecho y no se les puede negar y ahí viene el cambio de actitud con el personal o con la institución, eso va relacionado, porque nosotros le violentamos el derecho al paciente desde que le decimos que desea y no es que desea, es, en que le puedo servir, porque nosotros somos servidores públicos, nos debemos a eso, a dar un servicio porque esa persona tiene derecho”, se reconoce que “había personal tan conservador que veía pecado por todos lados al hablar del condón y que ahora hay más apertura porque hay un cambio de actitud porque lo ven parte de la salud”.

De igual forma se percibe una **ampliación en la capacidad de atención** de diferentes estructuras, “aumentado el control prenatal, el número de controles puerperales, las mujeres que enfrentan violencia han llegado al centro...”

Pero, lo que es mucho más importante, sienten como se ha producido una **mejora en la calidad de la atención**; “antes las mujeres embarazadas que tenían que esperar para que las atendieran se iban y hoy, están a gusto con el trato y esperan su turno”, el personal “antes les decían a los pacientes en el Centro de Salud, apúrese, desvístase rápido para que le inyectemos, váyase allá fuera para esperar, pero hoy si le preguntan miden a tu niño, pesan a tu niño, lo observan y se están un rato más, ya no es como antes que... apúrese, apúrese, apúrese...”

Esa mejora en la calidad no pasa simplemente por un cambio de actitud, sino por la adopción de procedimientos más válidos, visibilizándose que “se ha mejorado mucho, tanto en el llenado de la historia clínica por parte del personal médico y de enfermería, como de ver la importancia de realizar los exámenes a los pacientes. Hay una parte de la historia clínica donde se le pregunta sobre sus adicciones y si sufre algún tipo de violencia”

Elementos como la privacidad y la individualidad del paciente son tomados en cuenta, “desde que entró con el vigilante guardarle esa privacidad hasta que sale, anteriormente solo el hecho de tener un rótulo que dijera aquí se toman pruebas para VIH, eso ya lo aislaba y ahora no, pone laboratorio clínico y nada más, atención de enfermería y la enfermera le va a atender en todos los programas”

Se ha provocado además, una **mayor interrelación con las estructuras comunitarias**, “anteriormente no conocíamos mucho a las parteras, y eso me ha ayudado, al estar participando en esto he conocido y me he relacionado con personas de la comunidad, como con las parteras, conocimos y aprendimos mucho de ellas”; pasando por un mayor respeto y “un mejor trato con los voluntarios, ellos se sienten que se les toma en cuenta y que son importantes en su trabajo y sienten que se interesan por ellos”.

Unido a un mayor ejercicio de “puertas afuera” ya que, anteriormente, “cuando había un problema en la comunidad a veces el médico director o la enfermera no daba el espacio para ir a la comunidad para ver ese problema..., cuando ya llegaron a la comunidad se dieron cuenta, se pusieron en los zapatos del paciente y se dieron cuenta todo lo que estaba pasando ahí”, este ejercicio de “salir de la cuatro paredes” provoca por ejemplo que “en la mesa de educación al principio los condones duraban y se quedaban allí toda la mañana, ahora a la media hora ya no hay condones hombres y mujeres llegan agarrar, lo que quiere decir que se están usando y que la gente ha perdido la pena”.

Ninguno de estos cambios expresados serían factibles sin que las personas involucradas tanto en las comunidades como, en las instituciones, hubieran vivido procesos de reflexión y vivencias profundas en sí ellas mismas, reflexiones y vivencias que les llevan a mover y remover sus actitudes y prácticas y producen

cambios personales por los que necesariamente tenemos que pasar para transformar realidades tan complejas como las relaciones de poder establecidas entre los géneros, pilar imprescindible para un ejercicio efectivos de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Es así como, en el caso concreto de las mujeres con las que el Convenio ha tenido incidencia se percibe, poco a poco que, *“gracias a la socialización de las temáticas de violencia se ha sensibilizado a las comunidades y las mujeres ya identifican cuando están enfrentando violencia y acuden al centro de consulta por este tema en concreto”*, ampliándose además la conciencia sobre sí mismas y su conciencia de autocuidado; *“hoy están yéndose a hacerse la citología que para muchas es un tabú..., aunque nosotras no lleguemos hacia ellas, ellas vienen a preguntar por los exámenes para hacerse su chequeo. Ellas mismas buscan cuidarse”*, siendo estos factores importantes para la transformación real en el ejercicio de derechos, que, indiscutiblemente pasa por una apropiación y conciencia personal de “el derecho nunca ejercido” más allá de un conjunto de normativas legales y servicios puestos a su disposición; *“Puede ser de que ya conocen todo pero si no ejercen el derecho de la Salud Sexual y Reproductiva... Hemos visto que ya lo ejercen y dicen NO, hasta aquí. En las comunidades ellas mismas dan el testimonio y dicen que a través de las capacitaciones ya planifican y hasta incluso algunas no se esconden del marido”*. No es un elemento despreciable que varias de las participantes en el Convenio expresen *“ya distinguimos que nuestro cuerpo no es un campo de batalla”* o *“yo antes mi pareja me maltrataba, pero cuando yo empecé las charlas dije, no, eso no va a pasar, mi papá no pegó a mi mamá, yo no voy a dejar que aquel me venga a maltratar a mí, mejor que se tranquilice, pero como no se tranquilizó lo eché de mi casa porque la casa es mía, conocí mis derechos”* (Voluntaria de Salud Honduras)

De igual forma, aunque en pocas ocasiones se evidencia actitudes diferentes en algunos hombres porque, *“se interesan por los métodos, preguntan por los condones..., ya no pone tantas barreras por el hecho de que la mujer planifique”*.

Se puede observar en el personal de salud una mayor implicación y acción frente a temáticas tan complejas como la violencia contra la mujer cuando plantean que *“he tenido oportunidad de que algunas enfermeras llamen y miren le podemos referir una violación, cosa que yo tengo algunos años de estar en salud pública y no se había dado anteriormente”*. De igual forma, al menos en el cambio de discurso, existen actitudes mucho más abiertas frente a temáticas que normalmente son invisibilizadas en el trabajo de promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos poniéndose de manifiesto como *“en lo personal nunca me puse a pensar que sería amiga de las personas que son de la diversidad, no es porque sea lesbofóbica u homofóbica, pero nunca llegué a pensar que formaría parte del círculo de ellos. He aprendido a verlas, a quererlas tal y como son, somos amigos y los acepto tal y como son”*.

Más allá del posible discurso, se han evidenciado a lo largo del proceso de sistematización experiencias propias que muestran un cambio real en las actitudes; *“yo después de la capacitación tuve una experiencia, mi niña tenía 17 años por esa época y un día ella me dice, una cosa le voy a decir mamá, de mi no espere un yerno, y... ¿qué voy a esperar le dije yo?, si usted no se ha fijado a mi me gustan la mujeres, me dijo. Me dio un impacto bien fuerte, no fue fácil, ella había sido educada como una niña, pero al mismo tiempo me acordé de lo que nos habían dicho en la capacitación lo único que yo le dije fue, va tenés 17 años, si vos eso sentís, pues está bien, yo te voy a apoyar, pero si en el camino cambias, mejor, antes la hubiera castigado si me hubiera dicho eso”*

De igual forma, en los propios equipos encargados de la ejecución existen nuevas prácticas organizativas para la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, asumiendo un compromiso más algo al *“integrarme a una organización que está en conformación, es para la despenalización del aborto. Para mi es como elevar el compromiso como individua y con las mujeres. El hecho de no tener recursos, no estar empoderadas, muchas están en la cárcel por injusticias. Es un tema que va a costar un montón pero hay que comenzar a hacerlo, yo ya no puedo ignorar”*

Igualmente, en el caso de personas de otras instituciones públicas que han participado en el Convenio se percibe una priorización mayor del trabajo en relación a la salud cuando plantean que, *“muchas veces descuidamos un montón de situaciones y consideramos que el desarrollo solo es cemento, obra gris y muchas veces el desarrollo se da cuando una persona está bien de salud y se siente bien con ella”*

8. LO QUE APRENDIMOS

Desarrollar el Convenio Regional para el Fortalecimiento del Sistema Público de Salud en su nivel descentralizado y con especial énfasis en la SSyR, en cuatro países con diferentes realidades y socios locales participantes, no ha sido una tarea sencilla, sobre todo cuando estas realidades han representado heterogeneidades en sus expresiones, construcciones sociales y estructurales. A pesar de que toda esa realidad, es diversa y rica en experiencias, el desarrollo de dicho Convenio, ha requerido de poner al servicio de la población destinataria resultados emergentes esperados, las habilidades personales de los diferentes equipos, las capacidades o la instalación de capacidades de gestión, la activación, reactivación y/o búsqueda de alianzas estratégicas, una disponibilidad y apertura para los consensos y disensos que el proceso de desarrollo del mismo ha demandado.

El análisis de todas estas experiencias vividas y sentidas ha permitido poner de manifiesto los encuentros, desencuentros, acuerdos, conflictos, limitantes, fortalezas, a partir de los cuales podemos comprender lo sucedido y extraer aprendizajes.

Los principales **aprendizajes en términos generales derivados del convenio son:**

La falta de un proceso claro de identificación sin la participación de las y los involucrados, y sin un análisis de las necesidades, intereses, potencialidades y debilidades de las Socias Locales, así como de los contextos socio políticos en los cuales se desarrollan, condena a un seguimiento que convierte el acompañamiento técnico y administrativo de las Socias locales, en una forma de tutelaje que, al mismo tiempo que consume gran parte de la función de la Unidad de Gestión, erosiona el potencial de incidencia y de construcción de conocimiento que debería de tener este espacio regional.

Es necesaria una identificación donde, desde un inicio se establezcan responsabilidades, compromisos, coordinaciones y lineamientos con todas las Socias Locales para construir procesos conjuntos desde una visión regional partiendo de lo local.

Un convenio regional en el que intervienen diferentes asociaciones de Medicus Mundi pasa por mejorar la articulación entre las diferentes Asociaciones, crear espacios conjuntos de debate y unificar lineamientos y enfoques de trabajo. Una articulación, no solamente en el nivel de coincidencia geográfica, sino también entre países. Generar una mayor integración, colaboración y cooperación, para el establecimiento de estrategias comunes que faciliten el trabajo técnico operativo con una visión regional.

La apuesta en el fortalecimiento de sistemas de salud públicos debe conllevar la estrategia de construir espacios estables de interlocución entre Socias Locales y el ente rector de salud, en un proceso que debería partir de dos grandes dimensiones: el fortalecimiento en sus capacidades y recursos y el apoyo a agendas de incidencia elaboradas desde estructuras organizadas de la sociedad; el equilibrio de ambos componentes deberían ser transversales al conjunto de las acciones del Convenio.

Para que esto último sea posible se debe previamente de partir de fronteras de contenidos de incidencia en los que se encuentren sinergias comunes entre Socias Locales y Medicus Mundi; el no hacerlo lleva a la imposibilidad de hacer viable la transversalidad de enfoques esenciales en el abordaje y análisis de la Salud Sexual y Reproductiva; es el caso del enfoque de género o de ciudadanía que, de no construirse en la naturalidad de estos consensos, condenan a un esfuerzo posterior y ya sobre la marcha de construcción de lógicas estratégicas.

Es importante contemplar en los proyectos, los procesos de cabildeo de las instancias de salud centrales o tomadoras de decisiones para establecer las coordinaciones y articulaciones que permitan el desarrollo de las actividades previstas de antemano. Estas acciones, estrategias para un proceso destinado al fortalecimiento del sistema de salud, toman tiempo y deben ser previstas. Un proyecto de estas características, implica compromisos de corresponsabilidad desde un inicio.

El fortalecimiento del sistemas de salud público se da en contextos de escasa inversión en salud, con gobiernos con fuertes relaciones clientelares de poder en sus estamentos, sobresaturación de servicios, escasa continuidad de programas tras cambios de gobiernos y altas rotaciones en su personal; todo ello atenta contra la sostenibilidad del Convenio; en este sentido, si bien la apuesta por construir Estado, esto es, por construir ciudadanía, debería ser un principio transversal al conjunto de las iniciativas que Medicus Mundi lleva a cabo en el campo de la cooperación sanitaria, hemos de ser conscientes de las limitaciones en los alcances ligados a mayores compromisos presupuestarios y a cambios de actitudes o de posiciones ideológicas; partir de esta realidad es imprescindible para no caer en la autocomplacencia o la frustración. Es importante articular el fortalecimiento de sistemas públicos con el apoyo de cambios que son demandados desde las sociedades civiles de los países involucrados en el Convenio; en este sentido se ha de tener claro los riesgos de conflictos que puedan darse con autoridades estatales por el simple apoyo a agendas de incidencia que, por naturaleza, suelen ser incómodas para las autoridades con las que finalmente se coordina el día a día.

Asumir un convenio sobre SSyR con enfoque de género implica en primera instancia el establecimiento de lineamientos claros, consensuados y discutidos desde la institución de Medicus Mundi, implica asumirlo como ideología y transversalmente como parte del enfoque de trabajo, implica también el debate para la operativización con las diferentes Socias Locales y el diseño de indicadores claros.

En este sentido ha faltado acercarse y establecer alianzas con el movimiento feminista como forma de diálogo y empoderamiento del convenio, para construir un enfoque de género basado en la justicia y equidad.

El objetivo último de los procesos educativos es el cambio de prácticas y actitudes que impliquen una transformación tanto personal como colectiva del entorno. Por tanto, desarrollar procesos formativos sin el diseño y aplicación de una estrategia clara de seguimiento y evaluación, sobretodo en procesos de réplica, debilita la construcción y la transferencia de conocimientos y por tanto se diluye el objetivo.

Relacionado con lo anterior, se hace necesario además el diseño de indicadores de impacto que puedan medir los cambios reales tanto en las personas como en las comunidades, resultado de los diferentes procesos impulsados.

Sin embargo es necesario buscar estrategias para que los procesos desarrollados y sus enfoques no se queden como una mera discusión ideológica entre las instancias “ejecutoras”, sino que partan de la realidad y tengan en cuenta todas las voces. Los procesos deben partir de las comunidades para llegar de nuevo a las comunidades.

Ha sido una constante el fortalecimiento de las capacidades las Socias Locales a costa de incrementar los niveles de estrés del personal lo cual se debe a las complejidades de gerencia que le es propia al instrumento de Convenios que tiene la AECID así como por la escasa o débil experiencia de la mayoría de instituciones involucradas en iniciativas similares.

Un Convenio de estas características no puede dejar impasible a ninguna de las personas involucradas, este proceso de sistematización ha permitido a todas ellas mirarse y mirar su realidad llevando a la conciencia los siguientes **aprendizajes personales de los y las involucrados:**

- ▲ Uno de los mayores aprendizajes personales que se desprende de todo este cúmulo de experiencias han sido aquellas capacidades y habilidades necesarias para el **trabajo en equipo**. La mayoría de involucrados e involucradas reconocen el esfuerzo realizado y la importancia de la colaboración para desarrollar procesos que incidan realmente. De esta forma han desarrollado y han tomado conciencia de la importancia del compromiso y la responsabilidad en su trabajo en función de un bien común. Algunas de las afirmaciones en este sentido son: *“aprendí a trabajar en equipo”, “aprendí a ser responsable”, “aprendí a trabajar en un equipo multidisciplinario que va más allá en lo operativo, que hay una mezcla de sentimientos, de convivencia, que hay que pensar más allá, que hay que tener mejor tacto para decir las cosas, porque aquí uno está en contacto con la comunidad y la comunidad hay que saberla manejar”*
- ▲ En este sentido se hace referencia también a los aprendizajes surgidos a raíz de la misma dinámica del Convenio en relación a su propia complejidad en torno a las articulaciones y coordinaciones, manifestándose: *“aprendí a tolerar y sobretodo a medir”, “aprendí a priorizar y a ser..., siempre he sido fuerte, siempre mi carácter ha sido fuerte, pero nunca había sido paciente, nunca he tenido paciencia y ahorita, prioricé entre la oportunidad de la comunidad de visibilizarse, en segundo lugar la oportunidad de mi organización de mantenerse, en tercer lugar, mi logro como persona, aprendí a ser mejor técnica”.*
- ▲ Toman especial importancia todos aquellos aprendizajes fruto de los procesos formativos desarrollados, gracias a los cuales han adquirido conocimientos específicos para el desempeño de su trabajo. En el caso del personal de salud se destacan todos aquellos que les han permitido prestar una atención de calidad y calidez a las mujeres expresando: *“he fortalecido mis conocimientos para dar diferentes alternativas para las mujeres”.* Ante estos procesos desarrollados el aprendizaje radica también en el hecho de tomar conciencia de la importancia de participar en la formación para el mejor desempeño de su trabajo, pero también, en la adquisición de compromiso para desarrollarlo *“como profesional crecí mucho y lo comparto a la comunidad.”*

En este sentido, cobran relevancia las temáticas trabajadas, las cuales han sido un elemento significativo al aportar una nueva visión y concepción de la atención primaria en salud. En el tema de violencia aprenden a diagnosticar, a referir y lo mas importante, a ver a la persona de forma integral.” *Yo no sabia el protocolo para abordar estas problemáticas y me permitió conocer cuales son las autoridades pertinentes a quien dirigirse (donde hay que ir, a quien hay que buscar..)”*

En relación a los DSyR, destacamos como, ante todo, ha habido un aprendizaje en relación al conocimiento de estos derechos y, como ya se ha visto en el punto anterior, al cambio de actitudes en relación ello, *“Ahora conozco mis derechos, ya no me dejo”*

En relación al enfoque de género se evidencia cómo éste ha permitido cambiar algunas pautas de comportamiento e inclusive cómo ha tenido influencia en su entorno al afirmar que; *“Aprendí muchos temas como la equidad de género que con mi familia no aplicaba antes, hasta he hablado con mi familia. Ahora se que todo hombre o mujer tienen el mismo derecho y no por ser una mujer una no puede hacer las*

cosas que el hombre hace y al revés. Digo a mi familia que todos podemos hacer lo que hace mi papa y mi hermano. Ahora ya en mi familia estamos haciendo casi las cosas por igual”, lo que refleja la importancia de los procesos formativos para el cambio de actitudes y comportamientos.

- ▲ Sin embargo, muchos de los aprendizajes personales no solo han sido aquellos orientados al desempeño profesional sino aquellos mas relacionados con el desarrollo de las propias capacidades, de la autoestima y en definitiva del desarrollo personal; *“Aprendí de que todo lo que una quiere hacer en esta vida y si alguien se lo propone y toma decisiones que considera que son buenas, se logra, con el deseo inmenso de realizarlo”, “hemos aprendido que somos capaces, que sí lo hemos hecho”.*
- ▲ Por ultimo el aprendizaje de la revalorización de los procesos comunitarios dentro del ámbito de la salud, acompañada de la importancia de acercar la salud a la comunidad y del trabajo familiar ha sido un aprendizaje muy significativo en este Convenio, el cual se refleja en el compromiso y el trabajo desarrollado en el personal comunitario responsable (voluntarias/os, facilitadoras/es, promotoras/es...) Todas y todos ellos identifican los principales problemas de la comunidad, sus necesidades e intereses aprendiendo sobre la realidad de la gente para impulsar los procesos de cambio.

9. Y EN DEFINITA... ¿QUÉ SIGUE AHORA?

Un proceso de sistematización nos debe llevar indiscutiblemente a una reflexión profunda de nuestro accionar, para así construir apuesta de futuro que mejore nuestro trabajo; como uno de los objetivos de esta sistematización, queremos extraer aquí, en base a las diferentes conclusiones que nos proporciona el análisis realizado, una serie de propuestas de cara a la implementación de nuevas intervenciones por parte de Medicus Mundi y sus Socias Locales; cada una de estas propuestas no debe verse de forma aislada, sino interactuando entre sí, con la finalidad de abrir nuevas posibilidades y perspectivas de trabajo.

Como hemos visto a lo largo de todo el documento, el propio proceso de identificación del Convenio ha tenido diferentes repercusiones en la marcha del mismo, estableciéndose una propuesta que, si bien se centra en un objetivo común y refleja las necesidades e intereses de cada uno de los actores involucrados, muestra una enorme heterogeneidad igual a la diversidad de actores que en ella se involucran; actores con diferentes enfoques, formas y metodologías de trabajo; que provocan un diseño final con cierta desconexión entre las propias acciones previstas en un mismo país y la lógica de intervención global del Convenio. Este hecho nos deja entrever de cara al desarrollo de futuras propuestas la necesidad de:

Realizar procesos de identificación más profundos y colectivos, donde participen, en la medida de las posibilidades, las instituciones que desarrollarán posteriormente la intervención; que permitan mantener un profundo debate para lograr acuerdos sobre los diferentes enfoques que subyacen y sus estrategias de aplicación; construyendo una base conjunta no solo a nivel de cada uno de los países en función de su propia realidad, sino una visión regional, que, respetando esas realidades, otorgue un carácter más integrador. No se trata por tanto de homogeneizar, sino de construir procesos que partan de un mismo punto, con mucha claridad para los y las involucradas y una misma lógica de intervención.

En el propio proceso, esta heterogeneidad ha conllevado al aislamiento entre cada una de las acciones desarrolladas en un mismo país, entre la misma acción cuando ha sido ejecutada por varias Socias Locales y, por supuesto en el nivel regional. Se pusieron numerosos mecanismos en marcha para solventar esta situación, entre ellos los encuentros regionales, sin embargo este aislamiento ha persistido a lo largo de toda la ejecución. El desarrollo de un proceso de identificación diferente, como lo planteado con anterioridad, pudiera, en cierta medida, haber contribuido a paliarla; sin embargo, por si solo no asegura la intercomunicación e interrelación entre las diferentes Socias Locales, por lo que, sería válido:

Poner en marcha mecanismos estables de relacionamiento y coordinación interinstitucional en cada uno de los países y a nivel regional; mecanismos que permitan mantener vivo el debate para la construcción de visión y estrategias conjuntas; mecanismos que impliquen un intercambio real de experiencias y aprendizajes; mecanismos que nos permitan salir de nuestro día a día, cumpliendo con nuestros indicadores, trabajando con nuestras comunidades; poniendo en marcha nuestro modelo; mecanismos que permitan sentar acuerdos comunes más allá de los personalismos e intereses propios

Todas las Socias Locales, si bien con una larga trayectoria de trabajo y, en algunos casos una relación con Medicus Mundi anterior a esta propuesta, no contaban, inicialmente con las fortalezas necesarias para desempeñarse en torno a las exigentes demandas de un proceso como este. Estas debilidades han implicado un elevado sobre esfuerzo para ellas, para las Asociaciones de Médicos Mundi y, principalmente para la Unidad de Gestión. Fue la enorme labor de seguimiento efectuada desde esta Unidad la que palio muchas de estas debilidades y disminuyó las enormes tensiones y momentos de crisis vividos en la experiencia. Ser conscientes de esto en la propia identificación de la propuesta podría haber reorientado algunas de las decisiones iniciales en relación a las Socias Locales y, posiblemente haber aminorado los niveles de presión vividos por las y los involucrados, por lo que hubiera sido importante desarrollar, previo a la ejecución:

Un proceso conjunto entre Medicus Mundi y cada una de las Socias Locales que por un lado permitiera realizar una inducción previa sobre lo que significa un Convenio AECID, posibilitando una mayor conciencia de las contrapartes sobre sus implicaciones y por tanto una toma de decisión previa de querer o no participar. Por otro lado, una identificación conjunta de las debilidades y potencialidades de cada una de las Socias Locales y de las propias Asociaciones de Medicus Mundi que permitiera construir, en base a ese diagnóstico, un plan de fortalecimiento para las y los involucrados.

La estructura organizativa creada para la ejecución ha conseguido, pese a lo anterior, desarrollar y concretizar este enorme esfuerzo en múltiples logros y, a pesar de algunos cambios experimentados principalmente en los niveles más operativos, se ha mantenido una enorme identificación con la propuesta y un gran afán para su buen término; sin embargo, se considera que hay dos elementos de ella que, en caso de repetir una experiencia de este tipo, deben ser tenidos en cuenta:

Elevar el perfil de las o los coordinadores de país, asumiendo mayores responsabilidades para; fomentar los espacios de relacionamiento y coordinación entre las diferentes Socias Locales y Asociaciones de Médicos Mundi involucradas; promover dentro de esos espacios el debate y la reflexión en torno a enfoques y visiones conjuntas para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en materia de Salud Sexual y Reproductiva, acompañando y descargando así el elevado nivel de responsabilidad asumido por la Unidad de Gestión.

Profundizar desde el primer momento en la definición clara de las funciones y roles dentro de cada una y uno de los involucrados

El enfoque en el que se asienta la propuesta original del Convenio destinado a fortalecer los sistemas públicos de salud, especialmente en materia de Salud Sexual y Reproductiva, fue hecho desde una visión eminentemente de salud materno-infantil; con la limitación y el sesgo que esto supone para el desarrollo de un trabajo efectivo de promoción real de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sin embargo, gracias al enorme esfuerzo desarrollado por las y los participantes y, principalmente al profundo acompañamiento y búsqueda de enfoques más válidos y comunes desarrollado por la Unidad de Gestión; se logra reorientar esta visión simplista hacia un enfoque más contundente de trabajo que tiene sus bases en el enfoque de género y en el enfoque de multiculturalidad, aún así, sigue siendo un reto para todas las organizaciones e instituciones involucradas:

Construir consensos previos y posicionamientos comunes sobre lo que significa la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos desde el enfoque de género y multiculturalidad; no solamente para el trabajo desarrollado hacia los sistemas de salud, sino que también hacia el interior de las mismas organizaciones implicadas.

Una de las principales líneas de trabajo desarrolladas en esta apuesta por el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en materia de Salud Sexual y Reproductiva, ha sido el fortalecimiento de capacidades en el personal de dichos sistemas, siendo muchos y variados los procesos formativos puestos en marcha; con numerosos logros y limitantes evidenciados ya en el presente documento. Dichos procesos han estado orientados en dos vías, de forma minoritaria en el desarrollo de mayores capacidades biomédicas; pero, principalmente se han destinado a provocar un cambio de pensamiento, práctica y actitud al personal de salud; tan necesario para brindar una atención de calidad y calidez en su labor cotidiana y más concretamente en materia de Salud Sexual y Reproductiva. En este trabajo formativo son diversos los elementos a tener en cuenta de cara a futuras propuestas:

Establecer criterios claros y consensuados con las instituciones públicas para la selección de los y las participantes, incluyendo en el proceso a los equipos completos que desarrollan su trabajo más cerca de la comunidad; desde las y los médicos hasta el resto de personal del servicio, con la adaptación metodológica necesaria; lo que permite una mayor integración de los equipos y mayor sostenibilidad del proceso ya que, este personal tiene mayor perdurabilidad en el tiempo.

Establecer mecanismos de evaluación, seguimiento y profundización de los cambios producidos en el personal de salud por estos procesos.

Profundizar en el diseño previo de las formaciones desde una visión sistemática y de proceso, transversalizando en todas ellas, aunque sean con una orientación más biomédica, el enfoque de género.

De igual forma la mayoría de los procesos formativos han tenido un formato de “cascada”; de las y los formadores, al personal de salud y de estos, hacia grupos comunitarios; específicos de mujeres y/o jóvenes; grupos mixtos y/o estructuras comunitarias organizadas. Mecanismo valorado como válido por la mayoría de las y los participantes, pero con algunas limitaciones frente a las cuales se deben poner en marcha:

Diseñar las formaciones dirigidas a la comunidad, de igual manera que en el caso del personal de salud, de forma previa y desde una visión sistemática y de proceso, transversalizando de forma clara el enfoque de género.

Crear mecanismos de acompañamiento y seguimiento a estos procesos de réplicas.

Diseñar mecanismos de evaluación de las prácticas y actitudes del personal comunitario.

Otro eje fundamental establecido por el Convenio de manera transversal en todas las acciones fue el fortalecimiento de la participación social en salud, si bien se puso la intencionalidad en este sentido de forma clara en alguno de los países, consiguiendo importantes logros, a nivel global ha sido el menos desarrollado y se hace prioritario por tanto:¹⁰

Definir claramente una estrategia consensuada entre Médicos Mundi y sus Socias Locales para la promoción de la participación social en salud que tenga en cuenta; el establecimiento de espacios de capacitación propios de este eje; el desarrollo de mecanismos para concientizar al personal de salud sobre la importancia de aperturar y promover espacios estables junto con las comunidades para debatir, diseñar y planificar las salud; la promoción de protocolos concretos de los servicios de salud para potenciar la participación social; la representación real y efectiva de las comunidades en los espacios de participación local, municipal, departamental y nacional; la necesidad de acompañarse con estrategias productivas dirigidas a los sectores comunitarios que minimicen la influencia de la situación económica y amplíen sus posibilidades de participación.

El ejercicio de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud ha supuesto durante todo el proceso un fuerte trabajo de coordinación e interrelación con las estructuras del sistema, una tarea encomiable teniendo en cuenta lo susceptibles e impermeables que son dichas estructuras frente a cambios, críticas y/o propuestas vengan de donde vengan. La paciencia, la insistencia, la capacidad de negociación, han sido elementos imprescindibles que los diferentes equipos han tenido que desarrollar para establecer vínculos que llevaran a buen término las acciones previstas en el marco del Convenio. Sin embargo, las propias limitaciones del sistema condicionan per se la puesta en marcha de espacios de interlocución estables, que amplíen la capacidad negociadora de las Asociaciones de Medicus Mundi y sus Socias Locales frente a los diferentes Ministerios, limitando el sostenimiento de los procesos puestos en marcha con este Convenio. Hay que ser consciente de que esta circunstancia se escapa del alcance del presente Convenio y de la propia actuación de Medicus Mundi y sus Socias Locales, sin embargo plantea retos, posicionamientos y lógicas a ser valoradas y consensuadas para futuras intervenciones:

Generar una agenda de incidencia propia que se conecte y acompañe a las agendas que está desarrollando la sociedad civil organizada en los diferentes países en materia de salud. Para lo cual, se hace imprescindible articularse con esos esfuerzos organizados y principalmente con el movimiento feminista que es históricamente quien realiza un ejercicio más beligerante en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos

¹⁰ Para la definición de recomendaciones expuestas aquí nos hemos apoyado en la investigación regional sobre participación social desarrollada en el marco del Convenio

10. ANEXOS

Anexo 1: Guía de análisis documental

Anexo 2: Carta metodológica de los talleres de sistematización

Anexo 3: Guías de entrevistas

Anexo 4: Guías de análisis de los talleres y entrevistas de sistematización

Anexo 5 :Listado de participantes de entrevistas

Anexo 6: Listado de talleres de sistematización

ANEXO 1. Guía de análisis documental

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| Documento | | Tema | |
| Elaborado por | | Fecha de elaboración | |
| Descripción de los contenidos | | | |
| Ideas principales que se extraen de él | | | |
| Comentarios | | | |

ANEXO 2. Carta metodológica de los talleres de sistematización (Se incluye aquí la carta metodológica del primer taller realizado en Honduras, la cual fue adaptada a las diferentes realidades y países)

| Objetivo | Contenido/tema | Actividad/técnica | Recursos | Tiempo |
|--|--|--|---|-------------------------|
| <p>Crear un clima de confianza mientras las facilitadoras identifican las funciones y algunas sensaciones iniciales que se han tenido en el marco del convenio</p> | <p>Presentación</p> | <p>Nos colocamos de pie en círculo y se le pide a un/a participante que se presente diciendo: Su nombre, el tiempo que lleva en la organización, la/s función/es que ha tenido durante los 4 años de convenio y finalmente se le pedirá que responda sin pensar una pregunta que la facilitadora le hará en relación al convenio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una anécdota - Una emoción - Lo bonito - Lo feo - Lo bueno - Lo malo - Una persona - Una actividad - Una palabra - Un sentimiento <p>Cuando termine el primer/a participante lanzará una pelota a otra persona, la cual responderá a lo mismo y así sucesivamente</p> | <p>Pelota</p> | <p>15 minutos</p> |
| <p>Obtener la mayor información posible de forma ordenada sobre la actividades realizadas durante el convenio.</p> | <p>Reconstrucción histórica del convenio</p> | <p>Se divide al grupo en 2 (mezclando ambas organizaciones, salvo las coordinadoras y las administradoras). Al primer grupo se le pedirá que reconstruya en una línea de tiempo (por orden cronológico) las actividades llevadas a cabo durante el primer y segundo año del convenio (Mayo de 2008 a abril de 2010). Para ello se les entregará tarjetas de 3 colores (blanco, amarillo y verde). En las tarjetas de color blanco pondrán las actividades que específicamente han sido realizadas solo por ENMUNEH, en las tarjetas de color verde las actividades que específicamente han sido realizadas solo por Casa Ixchel y en las de color amarillo las actividades que han sido realizadas por ambas organizaciones. Deberá colocar las diferentes tarjetas en papelógrafos, de forma que visualmente quede construida la línea del tiempo de los dos primeros años y sea fácil moverlas después.</p> <p>El segundo grupo tendrá que hacer el mismo proceso pero para el tercer y cuarto año de convenio (mayo de 2010 a abril 2012).</p> <p>Se socializan ambas líneas del tiempo, colocándolas en una sola línea del tiempo del convenio.</p> <p>Posteriormente las facilitadoras expondrán que se va a hacer una clasificación de cada una de las actividades según los ejes de sistematización propuestos (9 ejes). Para ello se pegará en la pared un papelógrafo (ver anexo 1) el cual contendrá cada uno de los ejes representado por un símbolo y la facilitadora realizará una breve explicación de los ejes propuestos.</p> <p>Junto con todo el grupo, la facilitadora irá dibujando, sin mover las tarjetas de la línea del tiempo que han construido, el símbolo correspondiente en función del eje al que creen que corresponde la actividad descrita. (algunas tarjetas podrán tener más de un símbolo).</p> <p>A lo largo de todo el trabajo con el grupo completo (socialización de la línea del tiempo y ubicación de ejes de sistematización) la facilitadora irá haciendo las preguntas necesarias que sirvan para clarificar.</p> | <p>Tarjetas de 3 colores (blanco, amarillo y verde)</p> <p>Tirro</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Plumones</p> <p>Papelógrafo con los ejes y símbolos dibujados</p> | <p>Una hora y media</p> |

| Objetivo | Contenido/tema | Actividad/técnica | Recursos | Tiempo | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|---|-------------------------|-------------------------|--|--------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|--|--|---------------|
| <p>Analizar los principales logros, limitantes, dificultades y los elementos que han facilitado el desarrollo del convenio en todos sus ejes</p> | <p>Logros y limitantes</p> | <p>Se divide al grupo en 4 subgrupos (2 grupos de 2 personas y 2 grupos de 3 personas). A cada grupo se le entrega un papelógrafo distribuido de la siguiente forma:</p> <table border="1" data-bbox="440 522 634 1371"> <thead> <tr> <th data-bbox="440 1031 488 1371">Limitantes/dificultades</th> <th colspan="2" data-bbox="440 695 488 1031">Elementos facilitadores</th> <th data-bbox="440 522 488 695">Logros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="488 1031 529 1371">Internas</td> <td data-bbox="488 695 529 1031">Externas</td> <td data-bbox="529 695 570 1031">Internas</td> <td data-bbox="529 522 570 695">Externas</td> </tr> <tr> <td data-bbox="570 1031 634 1371"></td> <td data-bbox="570 695 634 1031"></td> <td data-bbox="570 522 634 695"></td> <td data-bbox="570 522 634 695"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Distribuyendo los ejes a sistematizar por cada uno de los grupos de la siguiente forma:</p> <p>Grupo 1: Ejes de Fortalecimiento del sistema público de salud: Construcción y equipamiento y Fortalecimiento del sistema público de salud: Participación social</p> <p>Grupo 2: Fortalecimiento del sistema público de salud: Construcción de conocimiento. Procesos formativos (capacitaciones, cursos) y Fortalecimiento del sistema público de salud: Construcción de conocimiento. Generación de conocimiento (investigaciones, líneas base, diagnósticos.</p> <p>Grupo 3: Fortalecimiento del sistema público de salud. Programas IEC (Campañas, materiales...) y los ejes correspondientes a los Enfoques de género y multiculturalidad y el Enfoque de Salud Sexual y Reproductiva</p> <p>Grupo 4: Eje sobre procesos internos ligados al convenio: Articulaciones, relaciones y coordinaciones y fortalecimiento técnico y administrativo.</p> <p>Pasados 20 minutos de trabajo grupal se pasa a la socialización de los cuadros por ejes de tal forma que se genere un análisis con todas las personas participantes y se pueda completar entre todas y todos.</p> <p>Es importante hacer hincapié en preguntar el porqué de sus planteamientos para el análisis.</p> | Limitantes/dificultades | Elementos facilitadores | | Logros | Internas | Externas | Internas | Externas | | | | | <p>Papelógrafos con el cuadro plumones tirro</p> | <p>1 hora</p> |
| Limitantes/dificultades | Elementos facilitadores | | Logros | | | | | | | | | | | | | |
| Internas | Externas | Internas | Externas | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Objetivo | Contenido/tema | Actividad/técnica | Recursos | Tiempo |
|---|---------------------------------------|---|---|----------------------------|
| <p>Analizar los cambios y las lecciones aprendidas tanto a nivel personal como colectivo.</p> | <p>Cambios y lecciones aprendidas</p> | <p>Se les entrega una tarjeta de color a cada una/o de los participantes (un color para ENMUNEH y otro color para Casa Ixchel) en la cual tendrán que anotar aquellos cambios personales que han tenido a raíz del convenio. A cada participante se le pide que guarde la tarjeta para después.</p> <p>Una vez hayan terminado se colocan por organización (en función de las personas que participen será un grupo o dos por cada organización), se les entrega más tarjetas del mismo color de su grupo y se les pide que respondan a las siguientes preguntas: ¿qué cambios ha habido en su organización a raíz del desarrollo del convenio? ¿qué cambios han observado en la región/área/comunidades donde ha intervenido el convenio?. A cada grupo se le pide que guarde las tarjetas para después.</p> <p>Seguidamente a cada una/o se le entrega un plumón de un color (un color para EMUNEH y otro para Casa Ixchel) y se les pide que se muevan por la sala. Previamente se habrá preparado la sala con diversos papelógrafos en tres paredes diferentes (paredes empapeladas). En una pared habría papelógrafos con la pregunta: ¿si iniciara de nuevo el convenio que harían diferente ustedes personalmente?. En otra pared: si volviera a iniciar el convenio ¿que harían diferente en la relación a la organización? y en a tercera pared: si volviera a iniciar el convenio... ¿que repetirían?</p> <p>Una vez terminado, sentadas en círculo se le pide que un/a representante de cada grupo socialice los cambios que han identificado como grupo en su organización y en su entorno. Las facilitadoras profundizaran a través de diferentes preguntas en los diferentes cambios identificados</p> <p>Posteriormente se socializan los cambios a nivel personal, para ello cada una/o elegirá uno de los cambios más significativos para socializar y se les pide que lo hagan mediante un gesto o una mímica para que el resto, de forma rápida, intente adivinar el cambio que está planteando. Las facilitadoras profundizaran a través de diferentes preguntas en los diferentes cambios identificados</p> <p>Para socializar las lecciones aprendidas la facilitadora irá leyendo lo que se ha escrito en el papelógrafos e irá preguntando en plenaria el porqué, iniciando una pequeña reflexión sobre sus aprendizajes personales y colectivos.</p> | <p>Papelógrafos tarjetas de dos colores plumones de dos colores diferentes tirro 3 papelógrafos con las preguntas</p> | <p>1 hora y cuarto</p> |

ANEXO 1. Simbología de los ejes de sistematización

1. **Símbolo cuadrado.** Fortalecimiento del sistema público de salud. Construcción y equipamiento
2. **Símbolo triángulo.** Fortalecimiento del sistema público de salud. Construcción de conocimiento. Procesos formativos (capacitaciones, cursos)
3. **Símbolo círculo.** Fortalecimiento del sistema público de salud. Construcción de conocimiento. Generación de conocimiento (investigaciones, líneas base, diagnósticos).
4. **Símbolo estrella.** Fortalecimiento del sistema público de salud. Participación social
5. **Símbolo luna.** Fortalecimiento del sistema público de salud. Programas IEC (Campañas, materiales...)
6. **Símbolo sol.** Procesos internos ligados al convenio. Articulaciones, relaciones y coordinaciones
7. **Símbolo rombo.** Procesos internos ligados al convenio. Fortalecimiento técnico y administrativo
8. **Símbolo mujer.** Enfoque de género y multiculturalidad
9. **Símbolo espiral.** Enfoque de Salud Sexual y Reproductiva

ANEXO 3. Guías de entrevistas (Se muestra aquí la guía elaborada para Socias Locales e Instituciones Públicas de Honduras, en base a la cual se diseñaron para el resto de países y para las Asociaciones de Medicus Mundi)

Nombre de el/la entrevistada:

Fecha:

Situación inicial. ¿Por qué?

1. ¿Cómo inicia la relación de su institución con MM? Breve panorama inicial en torno a las relaciones
2. ¿Cuál era la situación de su institución antes de iniciar el convenio? Breve panorama inicial en relación a la situación de las organizaciones/instituciones.
10. ¿Qué tipo de trabajo hacían en relación a la temática del convenio en salud y específicamente en SSR: enfoque, estrategias, programas, actividades...
11. Objetivos que perseguían
12. ¿Cuáles eran sus debilidades y sus fortalezas (formación, gestión, planificación, enfoque de género en materia de SSR, investigaciones...)
3. ¿Cómo estaba la situación en materia de SSR en la zona de intervención? (programas que existía, infraestructuras y equipamientos concretos, niveles de formación, relación entre el sistema público, sociedad civil y comunidades...). Breve panorama contextual
4. ¿Qué motivaciones tuvo su institución para participar en el convenio?

Proceso. ¿Cómo?

5. ¿Cuáles han sido las principales actividades/procesos que se han realizado durante la ejecución del convenio?. Breve descripción cronológica
6. ¿Cómo ha sido la estructura y funcionamiento para desarrollar estas actividades/procesos?

A tener en cuenta!! en función de las respuestas obtenidas en las dos preguntas anteriores se profundizará de manera diferente en las siguientes

7. En relación a la **construcción y equipamientos** realizados:

- ¿Qué se ha hecho?, ¿cómo se ha hecho?, ¿porqué se decide hacerlo de esta forma y no de otra?
- ¿Qué elementos y criterios se han tenido en cuenta para que estas construcciones y equipamientos sean adecuados para brindar una atención de calidad y calidez a las mujeres en materia de SSR? (privacidad, luz, equipamiento biomédico como camas ginecológicas, anticoncepción de emergencia, equipo exámenes de ITS...). Desde su experiencia y conocimiento añadiría algún criterio más
- ¿De qué forma su institución tiene en cuenta las prácticas culturales de la población garífuna en los equipamientos y construcciones realizados?
- ¿Cuál ha sido la aceptación y el uso por parte de la población, especialmente de las mujeres y mujeres jóvenes garífunas?
- ¿Cómo y para qué están utilizando las infraestructuras y equipamientos desarrollados a lo largo del convenio?
- ¿Cuáles han sido las principales dificultades con las que se han encontrado en el proceso de equipamiento y construcción desarrollados?

- ¿Qué elementos han facilitado el proceso de equipamiento y construcción?
- ¿Cuáles consideran que han sido los principales logros en relación al equipamiento y la construcción?
- ¿Han puesto en marcha alguna estrategia que consideren innovadora para la puesta en marcha de las diferentes construcciones y equipamientos?
- ¿Cómo se plantea el uso y mantenimiento de estos equipamientos e infraestructuras más allá del convenio?

8. En relación a los **procesos formativos** (en el caso de Honduras nos referiremos al curso de género y multiculturalidad):

- ¿De qué forma ha participado su institución en el proceso formativo realizado durante el convenio?

¿Quiénes y como han participado?

¿Cómo valora que ha sido el funcionamiento y la organización para el proceso de formación? ¿qué cambiaría?

¿Considera que ha sido un proceso sistemático y continuo o más bien un conjunto de talleres ?

¿Quién y cómo se definieron las personas que participarían en el curso? ¿tras la experiencia cambiaría algo en este sentido?

Considera que la metodología ha sido adecuada a las necesidades de las y los participantes

A tener en cuenta!! los talleres a las y los usuarios por parte de las y los “expertos” de las instituciones públicas que participaron en el curso

- ¿De qué forma ha participado su institución en el proceso formativo con las y los voluntarios?

¿Quiénes y como han participado?

¿Cómo valora que ha sido el funcionamiento y la organización para el proceso de formación con las y los voluntarios? ¿qué cambiaría?

¿Considera que el proceso desarrollado con ellos ha sido sistemático y continuo o más bien un conjunto de talleres ?

¿Quién y cómo se definieron las personas que participarían en el curso? ¿tras la experiencia cambiaría algo en este sentido?

Considera que la metodología ha sido adecuada a las necesidades de las y los participantes

A tener en cuenta!! la participación de las parteras

- ¿Cómo se ha desarrollado el proceso formativo en la comunidad?

¿Quiénes y como han participado?

¿Cómo valora que ha sido el funcionamiento y la organización para el proceso de formación con las y los voluntarios? ¿qué cambiaría?

¿Considera que el proceso desarrollado con ellos ha sido sistemático y continuo o más bien un conjunto de talleres inconexos?

¿Quién y cómo se definieron las personas que participarían en el curso? ¿tras la experiencia cambiaría algo en este sentido?

Considera que la metodología ha sido adecuada a las necesidades de las y los participantes

- ¿Qué resistencias ha habido en las y los participantes en la asimilación de los diferentes contenidos desde el enfoque de género y multiculturalidad?, ¿cómo han sido aceptados los enfoques?

- ¿Qué elementos han dificultado este proceso formativo? ¿porqué?
- ¿Cuáles han sido los niveles de deserción? ¿a qué creen que se deben? *¿Qué relación hay entre los elementos que han dificultado y los niveles de deserción de las y los participantes?*
- ¿Qué elementos han facilitado el proceso de formación?
- ¿Cuáles han sido los principales logros?
- ¿Consideran que la estrategia formativa ha sido válida o innovadora? ¿qué cambiarían? ¿cree que es replicable?

9. En relación a las **investigaciones/lineas base** (en el caso de Honduras investigación multiculturalidad ENMUNEH y línea base para el proceso formativo):

- ¿Qué investigaciones y/o diagnósticos conoce que hayan desarrollado a lo largo del convenio?
- ¿Qué utilidad considera que han tenido dichas investigaciones y/o diagnósticos para su institución? ¿Les han sido de utilidad en su trabajo cotidiano?

10. En relación a los **programas IEC** (información, educación y comunicación)

- ¿A través del convenio se les ha apoyado en algún programa de IEC? ¿de qué manera?
- ¿Qué elementos destacaría en los materiales realizados que nos permita afirmar que están realizados desde una perspectiva de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres?
- ¿Considera que están acordes con el enfoque de género y multiculturalidad trabajados en los procesos formativos? ¿por qué?
- ¿Los considera innovadores y creativos? ¿por qué?

11. En relación a la **participación social** en los sistemas de salud pública:

- Como institución ¿qué mecanismos de participación social tienen en marcha para la articulación con la sociedad civil? ¿ya existían antes del convenio o se han creado durante la ejecución de este? ¿quiénes participan en ellos?
- ¿De que forma el convenio ha facilitado o ha dificultado la generación o fortalecimiento de estos espacios?
- En el caso de que existan políticas públicas en relación a la participación social en salud, ¿considera que realmente éstas abonan estos espacios o por el contrario van en detrimento de los mismos?
- ¿Cómo valoraría el nivel de participación real dentro de los espacios existentes? Y más concretamente ¿cómo valoraría el nivel de participación real de las mujeres en estos espacios?
- ¿Cuáles han sido las principales dificultades o limitantes que se han dado en relación a la promoción de la participación social que su organización hace en materia de salud?
- ¿Cuáles considera que han sido los mayores logros en este sentido?
- ¿Cuáles han sido los principales elementos que han facilitado alcanzar esos logros?

12. En relación a las **articulaciones, relaciones y coordinaciones** (funcionamiento interno del convenio):

- ¿Cómo se han establecido los mecanismos de coordinación y articulación para la ejecución del convenio?
- ¿Se han creado espacios de discusión y toma de decisiones conjuntos? ¿cuáles? ¿cómo han funcionado?
- ¿Cómo han vivido ustedes los procesos de toma de decisión? ¿desde donde han sido tomadas normalmente las decisiones?

- ¿Cómo se han establecido los mecanismos de comunicación?
- ¿Consideran que la información necesaria ha llegado a tiempo y a todas las personas involucradas, ha sido oportuna, fluida y transparente?
- Si volvieran a iniciar el convenio, ¿qué cambiarían de estos mecanismos de coordinación y comunicación?

A tener en cuenta!! que los mecanismos de coordinación se han dado en varias vías: UG y organizaciones/instituciones; Equipo país MM y organizaciones/instituciones

13. En relación al **fortalecimiento técnico y administrativo**:

- ¿Qué procesos se han puesto en marcha a lo largo del convenio para el fortalecimiento técnico y administrativo de su institución? (prácticas de transparencia, sistema administrativo y contable, equipamiento y soporte técnico, sistemas de planificación y gestión...)
- ¿Cómo han repercutido estos procesos en su institución?, en que consideran que les ha fortalecido, en que les ha debilitado, ha habido algún costo a nivel personal y material, ¿cuáles?
- ¿Creen que estos procesos han generado un mayor nivel de dependencia o por el contrario una mayor autonomía para su institución? ¿qué elementos concretos pueden destacar que muestren ejemplos de la dependencia o bien de la autonomía?

14. ¿Cuáles han sido los principales logros que destacaría en todo el proceso del convenio? ¿porqué?

15. ¿Cuáles han sido las principales limitantes o dificultades con las que se han encontrado? ¿porqué?

16. ¿Qué elementos han facilitado el desarrollo del convenio? ¿porqué?

17. ¿Qué estrategias destacarían como más exitosas en el desarrollo del convenio? ¿porqué?

18. ¿Cuáles serían las estrategias que no repetirían?

19. ¿Ha habido cambios en las estrategias y enfoques durante el proceso del convenio? ¿porqué?

20. ¿Qué actividades son las que destacarían? ¿porqué?

21. ¿Qué procesos o actividades innovadores destacarían en el convenio?

Situación actual

22. ¿Cuáles han sido los cambios que destacarían en su institución al haber participado en el convenio? ¿qué tipo de prácticas se han modificado? ¿se han adoptado nuevas?

23. ¿Cuáles han sido los cambios que considera se han dado a nivel personal en las y los participantes del convenio? ¿que tipo de prácticas cree que han modificado? ¿cuáles creen que han sido los costos personales?

24. ¿Creen que se han cambiado la relaciones humanas entre las personas que trabajan en su institución? (por ejemplo, desde las jefaturas o coordinaciones hacia las y los diferentes trabajadores)

25. ¿Qué cambios destacaría en usted mismo/a por haber participado en el convenio? ¿qué tipo de prácticas ha modificado? ¿a supuesto para usted algún costo el haber participado en el convenio?

26. ¿Cuáles han sido los cambios en las comunidades/zonas de intervención?

27. Si volvieran a iniciar el proceso, ¿qué repetirían, que no harían o que harían diferente? ¿Cuáles han sido los principales aprendizajes que han tenido como institución en todo el convenio?

ANEXO 4. Guía para el análisis de los talleres y entrevistas de sistematización

| Elementos de la sistematización | | EJES DE SISTEMATIZACIÓN | | | | | | 3. Enfoque de género y multiculturalidad | 4. Enfoque de SsyR |
|---|--|---|---|--|---|---|--|--|--------------------|
| | | 1. Fortalecimiento del sistema público de salud | | | | 2. Procesos internos ligados al convenio | | | |
| | | 1.1 Construcción y equipamiento | 1.2 Construcción de conocimiento | 1.3 Participación social | 1.4 Programas IEC (Campañas, materiales...) | 2.1 Articulaciones, relaciones y coordinaciones | 2.2 Fortalecimiento técnico y administrativo | | |
| | | | 1.2.1. Procesos formativos (capacitaciones) | 1.2.2. Generación de conocimiento (investigación, diagnósticos...) | | | | | |
| Relación anterior con MM | | | | | | | | | |
| Situación inicial de la organización/institución | | | | | | | | | |
| Situación contextual | | | | | | | | | |
| Motivaciones para participar en el convenio | | | | | | | | | |
| Reconstrucción histórica | | | | | | | | | |
| Estructura y funcionamiento del convenio | | | | | | | | | |
| Logros | | | | | | | | | |
| Elementos que dificultaron el proceso (debilidades y amenazas) | | | | | | | | | |
| Elementos que facilitaron el proceso (oportunidades y fortalezas) | | | | | | | | | |
| Estrategias válidas | | | | | | | | | |
| Enfoque de género y multiculturalidad | | | | | | | | | |
| Enfoque de SsyR | | | | | | | | | |
| Lecciones aprendidas | | | | | | | | | |
| Cambios | | | | | | | | | |
| Personales | | | | | | | | | |
| Organizativos | | | | | | | | | |
| Entorno | | | | | | | | | |
| Desafíos | | | | | | | | | |

ANEXO 5. Listado de participantes en entrevistas**HONDURAS**

| | NOMBRE | INSTITUCION/ORGANIZACION | ACCION |
|---|------------------------------|--|--------------|
| 1 | Gelu | Equipo MM Asturias 1 | 5 Yoro |
| 2 | Jano y Gelu | Equipo MM Asturias | 5 Yoro |
| 3 | Mauricio | Alcalde de Morazan | 5 Morazán |
| 4 | Mujeres usuarias | Hogar Materno 2 | 5 Morazán |
| 5 | Corina Dovel y Julio Aguilar | Hogar Materno Infantil, Supervisora de la clínica y Coordinador municipal de salud | 5 Morazán |
| 6 | Dr. Lourdes Alvarado | Centro Materno Infantil | 5 Santa Rita |
| 7 | Dra Maura Elena Chavez | Directora Sesamo y Centro Materno Infantil y Coordinadora municipal de salud | 5 Santa Rita |

GUATEMALA

| | NOMBRE | INSTITUCION/ORGANIZACION | ACCION |
|----|--|---|-----------------|
| 1 | Betty Porras y Carlos Rueda | Equipo Médicos Mundi Bizkaia | 3 Sololá y Xela |
| 2 | Lili Wuj | Directora Nuevos Horizontes | 3 Xela |
| 3 | Brenda Yamilet Kemé, Flor de María Alvarado, Juan Manuel Mejía | Facilitadora, Trabajadora social y Enlace Comunitario del programa de SsyR de la Dirección de Área de Salud | 3 Xela |
| 4 | María Inés | Representante legal y directora de asociación VIDA | 3 Sololá |
| 5 | Irene | Ex Directora Hospital Sololá | 3, 10 Sololá |
| 6 | Chito | Ex director de dirección de áreas de salud | 3, 10 Sololá |
| 7 | Juan Felix Navarajo | Director del Centro de Salud distrito uno | 3, 10 Sololá |
| 8 | Norberto Pocosaloj | Ex síndico primero de la municipalidad | 10 Sololá |
| 9 | Mercedes | Coordinadora del convenio | 10 Sololá |
| 10 | Brenda Bats, Elida y Flor Barreno | Técnica en salud comunitaria, administradora y Técnica de Salud Sexual equipo técnico | 10 Sololá |
| 11 | Juan Carlos Perdomo | Representante de Médicos Mundi Navarra y director del Instituto de Salud Incluyente ISIS | 11 Boca Costa |
| 12 | Silvia Rodríguez | Directora Distrito de Salud de Guineales | 11 Boca Costa |
| 13 | Mario Rivera y María Teresa | Coordinador y Técnica de ISIS | 11 Boca Costa |

NICARAGUA

| | NOMBRE | INSTITUCION/ORGANIZACION | ACCION |
|---|---|---|---------------|
| 1 | María Elena Bonilla | Representante de Acahual | 7 Acahualinca |
| 2 | Fátima Castillo Herrera | Comisaría de la mujer | 7 Acahualinca |
| 3 | Dr. Enriquez | Director del Centro de Salud Francisco Morazán | 7 Acahualinca |
| 4 | Paoli | Representantes de 4 grupos de diversidad sexual | 7 Acahualinca |
| 6 | Marcia Aviles | Representante ODESAR | 6 Matagalpa |
| 7 | Brigadistas y Gabinete de Poder Popular | Representantes comunitarios | 6 Matagalpa |

EL SALVADOR

| | NOMBRE | INSTITUCION/ORGANIZACION | ACCION |
|---|--|---|---------------------------|
| 1 | Amada Libertad y Carlos | Consultora independiente y Docente Facultad de Medicina Universidad El Salvador | 1 y 2 Oriente y Occidente |
| 2 | María Ángela de Alegría Marroquín, Argelia Dubón, Xiomara Arriaga | Directora de desarrollo de recursos humanos, Directora del Primer Nivel de Atención y Asistente Técnica de la Dirección de apoyo a la gestión (Ministerio de Salud) | 1 y 2 Oriente y Occidente |
| 3 | Margarita Posada | Foro Nacional de Salud | 1 y 2 Oriente y Occidente |
| 4 | Raul Antonio Batres Flores, Danilo Dorantes, Yolanda Coplán, María Elena Turcios, Hilda de Vazquez, Gilma Alvarenga, Ricardo Santa María y Juan Romagoza | Coordinador de los promotores de salud, Odontólogo Supervisor, Nutricionista, Referentes del programa de adolescentes, Educadora para la Salud, Responsable del Programa Odontológico, Coordinador de Provisión y Coordinador (SIBASI Usulután) | 2 Oriente |
| 5 | Comités de Salud San Jorge | Representantes comunitarios | 2 Oriente |
| 6 | Doctora | Hogar de Espera Materna de Atiquizaya | 1 Occidente |
| 7 | Doctor | Unidad de Salud de Atiquizaya | 1 Occidente |
| 8 | Dr. Francisco Arévalo, Dra. Dora María Vega, Dr. Juan Carlos Pérez y Dra. Jeannette Alvarado | Jefe de SIBASI Santa Ana, Jefa de SIBASI Ahuachapán, Jefe de SIBASI Sonsonate y Responsable de Salud Región Occidental | 1 Occidente |

UNIDAD DE GESTIÓN

| | NOMBRE | INSTITUCION/ORGANIZACION | ACCION |
|---|---------------|--|--------|
| 1 | Jorge Irazola | Unidad de Gestión | Todas |
| 2 | Carlos Pablo | Unidad de Gestión Médicos Mundi Aragón | Todas |

ANEXO 6. Listado de talleres de sistematización

| | INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN PARTICIPANTES | PAIS | ACCION |
|----------|---|-------------|--------|
| Taller 1 | Equipos técnicos de ENMUNEH y Casa IXCHEL | Honduras | 4 |
| Taller 2 | Equipo técnico Nuevos Horizontes | Guatemala | 3 |
| Taller 3 | Equipos técnicos de Asociación Vida y Xocomil | Guatemala | 3 |
| Taller 4 | Equipo técnico Modelo de Salud Incluyente | Guatemala | 11 |
| Taller 5 | Equipo técnico Acahual | Nicaragua | 7 |
| Taller 6 | Representantes SILAIS | Nicaragua | 6 |
| Taller 7 | Equipo técnico MM Aragón y MM Andalucía | El Salvador | 1 y 2 |
| Taller 8 | Taller mujeres y jóvenes | El Salvador | 1 |
| Taller 9 | Taller personal de salud que participó en el diplomado sobre SsyR | El Salvador | 1 |