



**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
COOPERACIÓN AL DESARROLLO**

Curso 23/24

Identificación de necesidades en fisioterapia y propuestas de intervención mediante metodologías participativas para la ONG Bel Avenir de Tulear, Madagascar.

Alumna: Gemma Hernández Egido

Tutora: Lucy Anne Parker

Co-Tutora: María José Sanchis Ramón

Índice de contenido

Índice de tablas.....	2
Índice de figuras.	2
Resumen	4
Abstract	5
1.Introducción	6
2.Marco teórico.....	9
2.1 Contexto social y sanitario en Madagascar	9
2.2 Fisioterapia en Madagascar	11
3.Objetivos.....	12
4.Metodología.....	13
4.1 Exploración del contexto local en el área de la fisioterapia y el funcionamiento de la ONG en referente a salud y sus necesidades en fisioterapia.....	13
4.1.1 Entrevistas.....	13
4.1.2 Observación participante	14
4.2 Analizar la situación y proponer un plan de acción de manera participativa:	15
4.2.1 Talleres participativos:	15
4.2.2 Cumplimentación de las tablas de las propuestas.....	18
5.Resultados:.....	19
5.1 Entrevistas	19
5.2 Observación participante.....	27
5.3 Talleres participativos.....	30
5.3.1 Resultados: CAIF:.....	36
5.3.2 Resultados: EDUCACIÓN: SALINAS-CASEM-SPORT.....	44
5.3.3 Resultados: SOCIAL (Hogar social, CENUTS, centro de día).....	52
6. Discusión	62
6.1 'Medicina' tradicional en Madagascar, personal sanitario cualificado y barreras de acceso a la salud.....	62
6.2 Enfoques participativos para la mejora de la salud.....	63
6.3 Fisioterapia y salud basada en determinantes sociales	66
6.4 Limitaciones	67
7. Implicaciones	69
8. Conclusión.....	70
10. Bibliografía.....	71
9. Anexos.....	76
Anexo 1: Guión de entrevistas	76
Anexo 2: Invitaciones talleres participativos.	77

Índice de tablas.

Tabla 1: Participantes taller participativo 1.....	31
Tabla 2: Participantes del taller participativo 2.....	33
Tabla 3: Participantes del taller participativo 3.....	34
Tabla 4: Participantes del taller participativo 4.....	35

Índice de figuras.

Figura 1: Localización de Madagascar y la ciudad de Tulear.....	6
Figura 2: Pirámide de población de Madagascar 2021.....	9
Figura 3: Fotografías de la visita a las instalaciones del área de rehabilitación del hospital.....	25
Figura 4: Fotografía del primer taller participativo.....	32
Figura 5: Fotografía del taller participativo 3.....	34
Figura 6: Fotografía del taller participativo 4 mostrando el árbol de problemas.....	36
Figura 7: Análisis DAFO del grupo CAIF.....	38
Figura 8: Árbol de problemas del grupo CAIF.....	40
Figura 9: Árbol de soluciones del grupo CAIF.....	41
Figura 10: Árbol de estrategia del grupo CAIF.....	42
Figura 11: Tabla de propuesta CAIF.....	43
Figura 12: Análisis DAFO del grupo educación.....	46
Figura 13: Árbol de problemas del grupo educación.....	48
Figura 14: Árbol de soluciones del grupo educación.....	49
Figura 15: Árbol de estrategia del grupo educación.....	50
Figura 16: Tabla de propuesta educación.....	51
Figura 17: Análisis DAFO del grupo social.....	54
Figura 18: Árbol de problemas del grupo social.....	57
Figura 19: Árbol de soluciones del grupo social.....	58
Figura 20: Árbol de estrategia del grupo social.....	59
Figura 21: Tabla de propuesta social.....	60

Listado de abreviaturas

AVC: Accidente Vascular Cerebral

CAIF: Centro de Atención Integral a la Mujer (Centre d'Attention Integral à la Femme)

CASEM: Centro de Acompañamiento Socio-Educativo y Musical.

CENUT: Centro de Educación Nutricional

CPN: Consulta prenatal

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades

ONG: Organización No Gubernamental

PCI: Parálisis Cerebral Infantil

PDF: Formato de Documentos Portátiles (Portable Document Format)

TSMAS: Terapia de Estimulación Malnutrición Aguda Severa (Thérapie de Stimulation Malnutrition Aiguë Sévère)

Resumen

La fisioterapia es una rama de las profesiones sanitarias que puede ayudar tanto en la prevención como complemento al tratamiento de múltiples patologías. Sin embargo, en muchos países su acceso no está garantizado.

El objetivo principal fue identificar necesidades en fisioterapia para las personas beneficiarias de la ONG Bel Avenir de Tulear, Madagascar, y plantear propuestas de actuación mediante metodologías participativas.

Para conocer el contexto de la fisioterapia en terreno, y explorar el funcionamiento de la ONG en cuanto a temas de salud, se realizaron entrevistas a actores locales implicados en la salud, así como observación participante en la ONG durante una estancia de prácticas. Por otro lado, el análisis de situación y la realización de propuestas de acción se realizaron de manera participativa a través de talleres con personal de la ONG.

Como resultado se encontraron diversos hallazgos que permitieron un mejor conocimiento del contexto en cuanto a temas de fisioterapia, resaltando la importancia de figuras de curación tradicionales, y por otro lado cómo a pesar de existir profesionales cualificados, el acceso se ve limitado por cuestiones culturales y socioeconómicas.

Tras el análisis participativo, se obtuvieron como resultado tres propuestas de acción, con sus respectivas actividades, para diferentes perfiles de beneficiarios de los proyectos de la ONG. Estas propuestas dan respuesta a los problemas identificados por los propios participantes para la mejora de la salud desde una perspectiva biopsicosocial.

Palabras clave: acción participativa, fisioterapia, Madagascar, salud.

Abstract

Physiotherapy is a branch of the health professions that can help both in prevention and as a complement to the treatment of multiple pathologies. However, in many countries its access is not guaranteed.

The main objective was to identify the physiotherapy needs of the beneficiaries of the NGO Bel Avenir de Tulear, Madagascar, and to put forward proposals for action through participatory methodologies.

In order to understand the context of physiotherapy in the field, and to explore the functioning of the NGO in terms of health issues, interviews were conducted with local actors involved in health, as well as participant observation in the NGO during an internship. On the other hand, the situation analysis and the development of proposals for action were carried out in a participatory way through workshops with NGO staff.

As a result, several findings were found that allowed for a better understanding of the context in terms of physiotherapy issues, highlighting the importance of traditional healing figures, and on the other hand how despite the existence of qualified professionals, access is limited due to cultural and socio-economic issues.

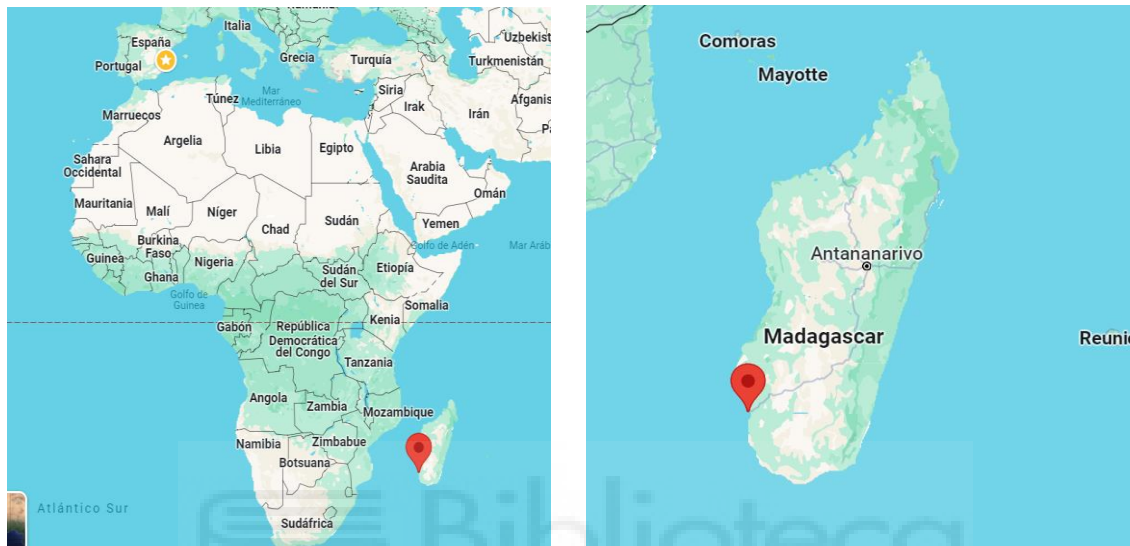
After the participatory analysis, three proposals for action were obtained, with their respective activities, for different profiles of beneficiaries of the NGO's projects. These proposals respond to the problems identified by the participants themselves to improve health from a biopsychosocial perspective.

Keywords: participatory action, physiotherapy, Madagascar, health.

1.Introducción

El presente trabajo de fin de máster se comenzó a desarrollar en terreno al sur de Madagascar, concretamente en la ciudad de Tulear, durante una estancia de prácticas en la ONG Bel Avenir.

Figura 1: Localización de Madagascar y la ciudad de Tulear.



Fuente: Google Maps

La ONG Bel Avenir fue creada a su vez por la Fundación Agua de Coco, con sede en Granada, España. Ésta fue creada en 1994 en Camboya para brindar sustento a familias desfavorecidas. En 2003 se crea el proyecto de Bel Avenir en Madagascar, centrando su atención particularmente en las mujeres y la infancia y bajo el eslogan de ‘educación como motor de desarrollo’. Se rige por valores educativos, de integración y de inclusión con la finalidad de dar sustento a las poblaciones desfavorecidas para construir su porvenir y hacer frente a las dificultades presentes.

Su implicación y acciones se fundan sobre el placer de ayudar a otros y sobre los valores de intercambio, respeto, libertad, solidaridad e integridad, en un sentido de desarrollo sostenible (1).

Actúa a través de tres ejes de intervención:

- Educación y lucha contra el trabajo infantil (educación para todos, lucha contra el abandono escolar, educación extraescolar...)

- Salud (lucha contra la pobreza, embarazo precoz, malnutrición...)
- Medio ambiente (educación para el respeto al medio ambiente y buenas prácticas, protección...)

Los proyectos que mantiene actualmente en la ciudad de Tulear y que se mencionarán en el presente trabajo son:

Escuela de las Salinas: Fue su primer proyecto, abrir la escuela de las Salinas en una antigua granja para escolarizar a niños que trabajan en las minas de sal (1), actualmente están inscritas más de 1000 personas. Además del programa educativo, el alumnado se beneficia del proyecto de lucha contra la malnutrición en la cantina escolar. Reciben una comida al día con un complemento alimenticio de alto valor nutritivo como es la moringa, y de un seguimiento nutricional. Además, participan en talleres de sensibilización sobre temas como higiene y salud reproductiva (2).

CASEM-Sport: Abarca el centro de arte y música y escuelas socio-deportivas, permite a jóvenes de barrios desfavorecidos participar en actividades artísticas, lúdicas y deportivas que favorecen su desarrollo y refuerzo de sus capacidades. Se han creado actividades como la coral Malagasy Gospel, el grupo femenino de percusión Bloco Malagasy, el grupo de capoeira Roda Malagasy, la fanfarria Malagasy Marching Band, la escuela de circo Malagasy Cirque y la compañía de marionetas gigantes 'Los gigantes de Tulear'.

También pueden aprender solfeo, danza, piano, guitarra, pintura, y además beneficiarse de un seguimiento social y escolar (3). En cuanto al deporte, a través del fútbol y baloncesto principalmente, se transmiten mensajes sobre la importancia del trabajo en equipo, solidaridad, respeto, así como igualdad de sexos (4).

CAIF (Centro de Atención Integral a la Mujer): Es un proyecto que busca mejorar la situación sanitaria, educativa y laboral que sufren las mujeres, madres y embarazadas y sus familias en el sur de Madagascar. Acoge cada año entre 50 y 80 mujeres en sus distintas actividades formativas y sanitarias, así como a unos 100-160 menores entre los 6 meses y los 5 años.

Este centro permite llevar a cabo diversas actividades que promueven el empoderamiento de la mujer desde un enfoque de derechos, mejorando la situación sanitaria y nutricional de ellas y los menores, sus capacidades educativas y su empleabilidad e inserción laboral (5).

Hogar social de Tulear y Centro de día Antananinarenina: Este proyecto sirve como herramienta para garantizar la autonomización de chicas amenazadas de exclusión social y embarazo precoz en los alrededores de Tulear. Las beneficiarias reciben bolsas de estudios y viven en la residencia, donde reciben alimentación y formación (6).

CENUTS (Centros de educación nutricional): En el marco del programa de lucha contra la malnutrición, los centros de educación nutricional de Tanambao y Amboriky ofrecen una comida diaria complementada con moringa a unos 200 niños/as desfavorecidos de la ciudad. Van al centro para alimentarse y también para instruirse, adquiriendo buenas prácticas en términos de higiene y limpieza, como lavarse las manos y los dientes, y a practicar otras actividades como alfabetización, lectura, cine o deporte. Los beneficiarios tienen un seguimiento sanitario cada tres meses, cuando se detectan casos de malnutrición, siguen un programa de rehabilitación nutricional con Plumpy Nut (producto para tratar la desnutrición aguda) (7).

2.Marco teórico

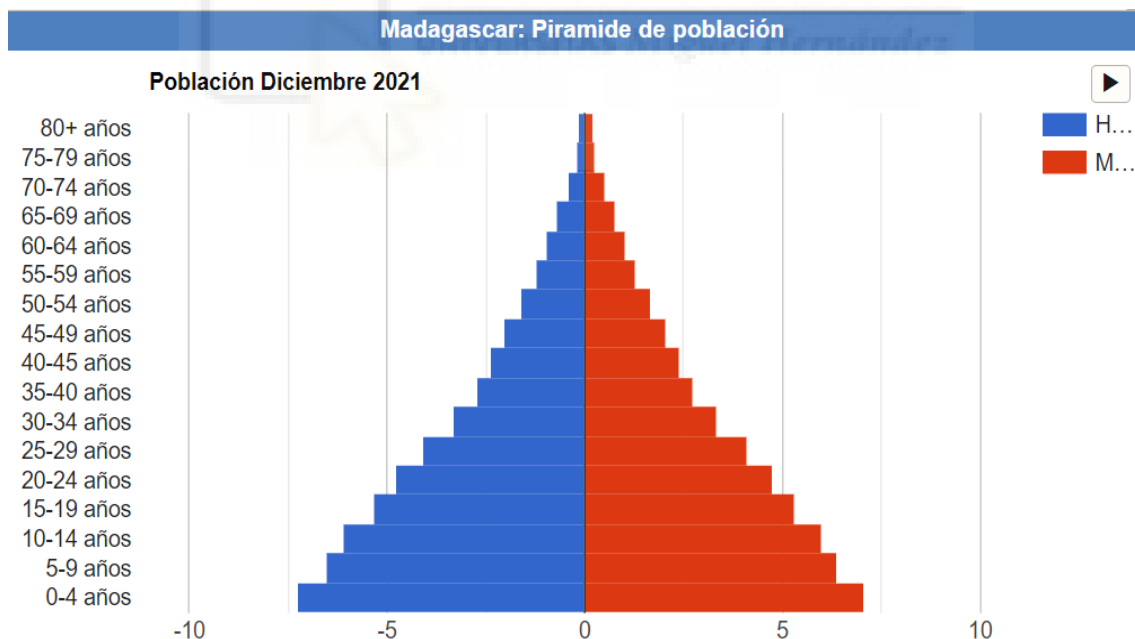
2.1 Contexto social y sanitario en Madagascar

Madagascar es una isla del océano indico y la cuarta isla más grande del mundo, situada al este de Mozambique. La población de la isla tiene orígenes predominantemente de indonesia y áfrica, y fue colonia francesa entre 1896 y 1960.

Los idiomas oficiales son el malgache y el francés, pero solo el 23,6% sabe hablar francés (encuesta de 2018) (8).

La población es predominantemente joven (el 60% tiene menos de 25 años en 2020), con una alta tasa de fertilidad (3,6 hijos por mujer) y de natalidad (28,1 nacimientos por cada 1000 habitantes en 2023) (8).

Figura 2: Pirámide de población de Madagascar 2021



Fuente: datasmacro.com

La esperanza de vida es de 64 años en 2021 (67 en mujeres y 62 en hombres) (9). La mortalidad materna se mantiene elevada (392 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2020 (8)) (10) y el embarazo adolescente abunda en el país, una de cada tres niñas está embarazada y cuatro de cada diez se casan antes de los 18 años. Solo un 46% de los nacimientos son asistidos por personal de salud capacitado (11). La tasa de mortalidad infantil es de 66 por cada 1000 nacidos vivos en 2021 (12).

En cuanto a la desnutrición infantil, a pesar de que haya mejorado los índices de desnutrición crónica, siguen siendo altos, con un 38,6% de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento en 2022 (baja talla para la edad) y la prevalencia de emaciación de 7,2 (bajo peso para la talla, asociado a desnutrición aguda) (12,13). En cuanto a niños en edad escolar, entre 5 y 14 años, continúan teniendo altas tasas de desnutrición, lo cual parece estar asociado además al número de miembros en la familiar (mayor riesgo cuanto mayor es el número de miembros) y a una baja diversidad nutricional (14).

Más del 58% de la población de Madagascar no tiene acceso a agua potable (15). Es un entorno donde el acceso al agua, al saneamiento y a la higiene es deficiente, (especialmente en zonas rurales) lo cual predispone a la aparición de epidemias recurrentes, como ha ocurrido en años anteriores con el sarampión o la peste (15). La tasa de mortalidad atribuida al agua contaminada, al saneamiento inseguro y a la falta de higiene es de 40,1 por 100.000 en 2019 (16).

Solo entre el 8 y el 9% del producto interno bruto de Madagascar se destina a la salud. El sistema de salud podría fortalecerse aumentando la capacitación de expertos en salud a nivel operativo y mejorando las estructuras de salud, la legislación y la gestión general del sistema de salud, así como con el cese de la corrupción (15).

La tasa de pobreza es de 80,7% de la población, sobre la base de menos de 1,90\$ al día (17). Además, la situación de pobreza sumada a fenómenos meteorológicos como ciclones, y a la subida de precios, contribuyen a las altas tasas de inseguridad alimentaria.

Madagascar se encuentra también en un nivel 2 de vigilancia respecto a la trata de personas, debido principalmente al turismo sexual infantil (8).

2.2 Fisioterapia en Madagascar

Los datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que los países de ingresos bajos y medios tienen una mayor prevalencia de discapacidades (18).

Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de experimentar resultados socioeconómicos adversos, como menos educación, resultados de salud más deficientes, menores niveles de empleo y mayores tasas de pobreza. La pobreza puede aumentar el riesgo de sufrir una discapacidad a través de la malnutrición, el acceso inadecuado a educación y atención de salud, condiciones laborales inseguras, un ambiente contaminado y la falta de acceso a agua potable y saneamiento. La discapacidad también puede aumentar el riesgo de pobreza por la falta de oportunidades de empleo y educación, los salarios más bajos y el mayor costo de vida que supone vivir con una discapacidad (18).

En Madagascar son menos de 300 fisioterapeutas los que atienden a 25,5 millones de personas(19,20) siendo un país de bajos ingresos con una alta prevalencia de discapacidad (prevalencia de 7,5 siendo el 40% de los casos por discapacidad física (21)).

La formación para ser fisioterapeuta en Madagascar (Licence en Masso-kinésithérapie) se realiza en la universidad de la capital, Antananarivo. La formación se ofrece desde 1978 en forma de curso acreditando un diploma, y pasando a ser una licenciatura desde 2013. El número de estudiantes por año lo decide el Ministerio de Sanidad basándose en el presupuesto para la prestación de servicios de fisioterapia en los hospitales y en el número de plazas disponibles en el país. Se obtiene el título después de 3 años. No hay opciones de máster o educación posterior, lo cual dificulta la formación continuada y, además, el hecho de que los propios fisioterapeutas sean formadores en la universidad, ya que para ello se requiere un título de máster (20) (22).

Algunas dificultades que encuentran los profesionales de este área son condiciones de trabajo difíciles, incluido un alto volumen de pacientes y

capacidad limitada del personal o espacio para tratamiento, reconocimiento limitado de la fisioterapia como profesión, sin autonomía para el personal de fisioterapia, bajo nivel de habilidades de razonamiento clínico que se utilizan en la práctica y niveles variables de competencia clínica, con poca evidencia de desarrollo profesional continuo activo o capacitación adecuada y específica para las necesidades del personal médico (20).

3.Objetivos

Objetivo general:

Identificar necesidades en fisioterapia y plantear propuestas de actuación mediante metodologías participativas.

Objetivos específicos:

- Exploración del contexto local en el área de la fisioterapia y el funcionamiento de la ONG en referente a salud y sus necesidades en fisioterapia.
- Analizar la situación y proponer un plan de acción de manera participativa.

4. Metodología

4.1 Exploración del contexto local en el área de la fisioterapia y el funcionamiento de la ONG en referente a salud y sus necesidades en fisioterapia

4.1.1 Entrevistas

Participantes: Se reclutaron personas con relevancia para la propuesta en el contexto local en el área de la fisioterapia y salud tanto desde la perspectiva científica como tradicional, como: curandera tradicional, masajista tradicional, equipo de fisioterapia y rehabilitación del hospital (jefe de servicio, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y ortoprotesista) y médico de beneficiarios de la ONG.

Procedimientos: El reclutamiento de participantes se efectuó con ayuda de agentes de salud de la ONG. Se concertaron las entrevistas previamente por vía telefónica o presencial, tras explicar brevemente su finalidad.

Las entrevistas se realizaron de forma presencial en el lugar de trabajo habitual de las personas entrevistadas, excepto una que fue realizada en las oficinas de la ONG. Las personas entrevistadas que no hablaban francés (curandera y masajista tradicional) realizaron la entrevista en malgache, y un agente de salud ejerció de traductor al francés o español. Aquellos que sabían francés realizaron la entrevista en francés, con acompañamiento de un agente de salud en caso de necesitarse explicaciones o traducción en malgache. La posterior traducción del francés al español para el presente trabajo fue de propia.

Previo a la realización de las entrevistas se solicitó consentimiento de manera verbal. Para el consentimiento se explicó que la entrevista formaría parte de un trabajo final del máster de cooperación al desarrollo, que se realiza con el objetivo de conocer cómo es la fisioterapia en Madagascar, tanto desde un punto de vista tradicional como desde un enfoque occidental de la fisioterapia, para posteriormente poder plantear acciones dentro de la ONG Bel Avenir. También se contestaron dudas y preguntas en caso de que tuvieran. Se solicitó

consentimiento para que la información que dijeran durante la entrevista se utilizase en dicho trabajo, así como para la grabación de voz para poder registrar y transcribir la información de la entrevista, y la toma de fotografías de materiales e instalaciones.

Las entrevistas se realizaron de manera semiestructurada, con un guion de preguntas y temas a abordar (anexo 1), completando con otras preguntas de relevancia en el transcurso de la misma.

Análisis: Se realizó un análisis cualitativo temático, tras la transcripción de entrevistas y su traducción en los casos necesarios, se revisaron los temas tratados en la entrevista, se seleccionaron aquellos datos de relevancia para el trabajo, así como citas de interés, y la interpretación de la información en salud en términos técnicos, y se elaboró un marco explicativo.

4.1.2 Observación participante

Participantes: Para la realización de la observación participante se interaccionó con miembros de la ONG de diferentes sectores, siendo más frecuente la interacción con coordinadores de departamentos y empleados/as de los equipos de interés para el trabajo (salud, educación, centros sociales y CASEM-Sport), y en menor medida con empleados/as de otros departamentos como comunicación, dirección y seguimiento y evaluación.

Procedimientos y análisis: Se realizó como método de recolección de información la observación participante con participación moderada, integrando la entidad para realizar prácticas durante tres meses y a su vez el presente trabajo, pudo haber una aproximación en el día a día del trabajo del personal, recolectando información a través de la propia observación, la toma de notas de campo, así como de entrevistas informales. La observación se centró en temas relacionados con el presente trabajo, como salud, fisioterapia y funcionamiento de los proyectos (concretamente respecto a temas de salud). El personal fue informado de la realización del presente trabajo y de que la información recolectada se utilizaría para este fin. La información obtenida se utiliza para complementar, reforzar y comprender la información de las entrevistas y de los resultados de los talleres, mediante la triangulación de datos.

4.2 Analizar la situación y proponer un plan de acción de manera participativa:

4.2.1 Talleres participativos:

Participantes: Los talleres fueron de participación abierta. Como criterio de participación las personas participantes debían ser mayores de edad y trabajar en la ONG.

Procedimientos y análisis: Previo a la invitación a los talleres, se solicitó permiso para su realización a dirección. Para el reclutamiento de participantes se informó primero de la realización de los talleres de forma presencial en una reunión grupal de personal, además se diseñaron invitaciones (anexo 2) para imprimir y entregar en mano, de las cuales solo se entregó para el primer taller debido a que los otros talleres variaron en cuanto a fecha, hora y lugar según disponibilidad.

En la ONG el departamento de salud es el que se encarga del proyecto de CAIF, de la asistencia sanitaria de algunos proyectos y de la detección y seguimiento de malnutrición. El departamento social tiene a cargo los diferentes centros sociales como hogar social de Tulear, centro de día Antaninanerina, y los dos centros de educación nutricional (CENUT Tanambao y CENUT Amboriky). El departamento de educación está a cargo del colegio Salinas y colegio Zafiros, el departamento CASEM-Sport está a cargo del Centro de educación musical y de las actividades deportivas. Además, también están los departamentos de comunicación, seguimiento y evaluación de proyectos, tecnología, logística y dirección.

Se entregó de forma presencial al personal cuya participación era de mayor interés para el análisis, como personal de coordinación de cada departamento, y personas clave como personal de los departamentos de salud, educación, social y CASEM-Sport, a su vez, se les informó que los talleres son abiertos y se les sugirió la invitación a otros miembros del equipo que quisieran participar. Cuando se repartieron las invitaciones, también se explicó brevemente en qué consistirán los talleres y su finalidad.

Se tuvieron en cuenta peticiones del personal para resolver dudas antes de la realización de los talleres.

Los talleres se realizaron en diferentes espacios de la ONG como la sala de seguimiento y evaluación, la sala de informática y la terraza del hogar social.

Se solicitó consentimiento de manera verbal a los participantes para el uso de la información resultante de los talleres en el presente trabajo, así como la toma de fotografías durante los talleres. Se explicó en qué consistirán los talleres, como la realización de una pequeña presentación sobre fisioterapia, realización de análisis de fisioterapia de manera participativa mediante técnicas como el DAFO, árbol de problemas y árbol de soluciones, y se explicó que la información resultante serviría, además de para la elaboración de este trabajo, para realizar la devolución de propuestas y que la ONG tenga diferentes propuestas de acción basadas en sus propios análisis y percepciones.

Para el análisis de situación y planteamiento de propuestas, debido a la variedad entre perfiles de beneficiarios de los diferentes proyectos, el análisis se dividió en 3 grupos:

- CAIF (Centro de atención integral a la mujer)
- Educación (Salinas, CASEM- Sport)
- Social (hogar social, CENUTS (centros de educación nutricional) y centro de día Antaninarenina)

Es decir, se invitó a participantes de departamentos diferentes, que juntos analizaban y aportaban ideas para el grupo del cual se hablara ese día.

Al inicio de cada taller se repartieron hojas de asistencia donde se debe indicar nombre y cargo dentro de la ONG.

El diseño y procedimiento de realización de los talleres fue el siguiente:

- Agradecimientos, bienvenida y presentación del objetivo de los talleres (en el primer taller únicamente).
- Preguntas sobre si conocen la fisioterapia, interacción con algunos participantes. (únicamente en el primer taller).

- Presentación sobre fisioterapia con power point en una pantalla. Definición, técnicas utilizadas y ámbitos de actuación (únicamente en el primer taller).
- Escribir cada uno algunas ideas individuales sobre relaciones que puedan ver entre la fisioterapia y la ONG, poniendo como ejemplo: ‘cómo podríamos mejorar la calidad de vida de las personas beneficiarias teniendo en cuenta la fisioterapia?’ (únicamente en el primer taller)
- Realización del análisis DAFO. Esta herramienta permite definir y contextualizar una situación problemática en una localidad a partir de cuatro marcos de análisis: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (23). Los aspectos positivos internos, en este caso refiriéndose a internos a la ONG, serían las fortalezas, y externos (ajenos a la ONG) las oportunidades. Los aspectos negativos internos son las debilidades, y los externos las amenazas.
- Selección del problema central.
- Realización del árbol de problemas. Tras seleccionar un problema central, el árbol de problemas sirve para identificar los síntomas que dan cuenta de un problema (las consecuencias derivadas del problema), y para relacionar estos con el análisis de sus causas inmediatas y sus causas profundas. Al plasmar esto en un esquema que simula un árbol, el tronco sería el problema central, las raíces serían las causas, y las ramas las consecuencias (23,24).
- Realización del árbol de soluciones. Se trata de formular las condiciones negativas citadas en el árbol de problemas de forma positiva (25,26). De esta forma puede visualizarse la situación ideal permitiendo identificar los medios necesarios para lograr esos fines.
- Selección de soluciones (árbol de estrategia) y formulación de actividades a partir de lo hablado previamente en el DAFO y árboles de problemas y soluciones. Una vez identificados los problemas y visualizar la situación ideal en el árbol de soluciones, se seleccionan sobre qué soluciones se puede intervenir y se plantean actividades para ello (27).
- Selección de un título para la propuesta.
- Se proporcionó un refrigerio para concluir cada taller.

Dependiendo del número de participantes, las actividades se realizaron conjuntamente o formando grupos de 5-6 personas. Cada día se analizaba un grupo diferente (CAIF, educación, social), en el taller siguiente se hacía un breve recordatorio de lo que se hizo en el anterior.

4.2.2 Cumplimentación de las tablas de las propuestas

Participantes: Se solicitó la participación a miembros pertenecientes al grupo analizado del cual era la propuesta. Es decir, trabajadores del equipo de salud para la tabla de CAIF, trabajadores del equipo de educación y CASEM-Sport para la propuesta de educación, y trabajadores de los centros sociales para la propuesta de centros sociales.

Procedimientos y análisis: Se realizaron reuniones con el equipo en cuestión, se mostró las actividades propuestas en el taller correspondiente y de manera participativa las personas debaten y analizan de qué manera se realizaría cada actividad y quién la realizaría.

Tras la realización de los talleres y cumplimentación de las propuestas, se realizó la devolución de información por vía mail. Para ello se solicitó el email del personal de la ONG y se les envió un email que incluía tres documentos en PDF, para cada una de las propuestas, con la tabla de propuesta que incluye las actividades seleccionadas, cómo se realizarían y quién las realizaría, y el árbol de soluciones, remarcando en cuáles de las soluciones se intervendría con las actividades seleccionadas.

5.Resultados :

5.1 Entrevistas

Tras las primeras semanas en terreno y diferentes conversaciones sobre fisioterapia con personal de la ONG, la figura de referencia que muchos citaban era la del masajista tradicional y la del curandero, no siendo demasiada conocida la fisioterapia, la cual se asocia principalmente con personas con discapacidad física, ya que existen algunas asociaciones en el país dedicadas a ello, como Handicap International.

Es por ello que se decidió incluir entrevistas con una masajista tradicional y una curandera, para tener una aproximación a la forma en que popularmente la gente cura sus dolencias, ya que por accesibilidad y tradición son las más visitadas. Por otro lado, también se efectuó una entrevista con el grupo de fisioterapia y rehabilitación del Hospital B de Tulear, conformado por varios profesionales en fisioterapia, ergoterapia (terapia ocupacional), y ortopedia.

Curandera tradicional:

En la entrevista con la curandera, se acudió a su domicilio y para poder realizar la visita se debió dar una ofrenda, nos explicó cómo funciona el proceso, en el cual ella trabaja a través de un espíritu que ella llama a su cuerpo, de un antepasado. Para poder conectar con dicho espíritu el marido debe también estar presente. Este espíritu es el que le concede los conocimientos necesarios para poder tratar a las personas, por lo que no tiene otro tipo de estudios o aprendizajes. Otros miembros de la familia tienen este don, como su padre, abuelo y tatarabuela, y ella lo adquirió en la adultez, cuando su hija tuvo su cuarto hijo.

'Para iniciar eso ella estaba siempre enferma, cuando comía algo que no debía estaba a punto de morir, empezaron a decir que no estaba normal, entonces mataron un zebu [variedad del toro ampliamente criado y consumido en Madagascar], cortaron la lengua y un montón

de rituales para que ella pueda curar. Ella lo ha heredado de su tatarabuela, abuelo, y su padre. Para que ella tenga el espíritu el hombre tenía que hablar, porque la mujer no tiene derecho de pedir la llegada del espíritu, tiene que estar el hombre a su lado para la primera sesión, cuando está el espíritu puede irse.'

El tipo de patologías por las que acuden a ella son crisis epilépticas, dificultad para concebir, envenenamientos, dolor en los bebés, dolor musculoesquelético, recuperación tras AVC, dolor de cabeza, ayuda con la expulsión del bebé en el parto, u otros de origen supersticioso como "gri-gri" o lo que en España llamaríamos 'mal de ojo'.

'Vienen personas con crisis epiléptica y ella las cura, y las mujeres que no pueden tener bebés ella puede hacer que tenga un bebe, mucha gente que no puede tener bebes viene aquí y ella hace todo lo posible para que tenga un bebe. También la gente que le han hecho "gri-gri" [una especie de mal de ojo] ella puede quitar también esas cosas.'

No trata fracturas, pero nos cuenta que sí hay otra persona que lo hace en otro barrio.

Los tratamientos que utiliza se basan, por un lado, en rituales u ofrendas, y por otro lado en el uso de plantas y maderas a los que se atribuyen propiedades medicinales como el 'Katrafay', 'ubi' o 'anguia', ya sea mediante el raspado, toma de infusiones, baños o duchas, o quemándolo en casa. Además, realiza masajes con aceite de coco. No habla de técnicas específicas de masaje u otro tipo de terapias manuales.

'Lo raspan y luego con lo raspado cogen lo blanco y dentro de la boca con tabaco lo mezclan y te lo dan con un agua especial y te duchas o te lavas las manos. Esto se llama 'ubi', te dan esto y tienes que quemarlo dentro de tu casa y los malos espíritus se van con ese quemado, y éste si alguna persona te quiere hacer mal, te pide que te duches con esto o que lo lances en tu casa y la maldad de la persona nunca te va a llegar.'

Nos cuenta que en el barrio hay cuatro personas más que se dedican a esto, y que suele ser la primera opción de la gente a cualquier problema de salud que presenten.

‘Aquí la gente acude con cualquier cosa que tenga, la primera persona a la que va a acudir será ella.’

Como se puede comprobar, este perfil trata las patologías principalmente desde una visión más espiritual y mística, siendo estos aspectos indivisibles del plano físico. También podemos observar que estas creencias están arraigadas en la sociedad y posiblemente por tradición y por accesibilidad, sigan siendo las primeras opciones de curación para muchas personas.

Masajista tradicional

Ella ejerce esa profesión debido a que tiene un don que ha heredado de su familia, por lo que todo su conocimiento proviene de la experiencia de sus familiares y es atribuido a dicho don, no ha realizado ninguna otra formación. Su hermana mayor también lo tiene y su abuelo, quien además es su figura de ayuda cuando no consigue resolver algún caso ella sola.

‘Puisqu’elle a un don de masseuse alors elle fait les massages des personnes qui ont des muscles moules, et comment dir, qu’elles étaient tombées [...] Elle a coopéré avec son grand-père qui a aussi un don, parfois s’il y a un cas qu’elle ne peut pas guérir donc elle a demandé à son grand-père.’

‘Puesto que ella tiene un don de masajista entonces ella hace los masajes de las personas que tienen músculos ‘blandos’, y cómo decirlo, que se han caído [...] Ella ha cooperado con su abuelo quien también tiene un don, a veces si hay algún caso que ella no puede curar entonces ella se lo pide a su abuelo’ - traducción propia

El tipo de personas o patologías que trata son: personas con ‘músculos blandos’ (podría referirse a hipotónico o falta de fuerza), personas que han sufrido caídas, accidentes, fracturas, dolor musculoesquelético, malformaciones craneales en el neonato, niños con parálisis, problemas del adulto mayor como dolor en las

articulaciones, quistes (en el área del vientre, sin especificar) y problemas respiratorios. Los casos graves los deriva al hospital.

[Tras preguntar sobre patología respiratoria] *‘Spécialement pour les bébés et les personnes qui toussent, et utilise aussi de l’huile de coco avec du baume et quand elle fait le massage sur les parties point de poitrine elle sait bien que c’est sur cet coté l’inflammation [...] et après ça elle demande à ses bénéficiaires d’aller à l’hôpital pour avoir des médicaments par rapport a ça.’*

[Tras preguntar sobre patología respiratoria] *‘Especialmente para los bebés y las personas que tosen, y utiliza también aceite de coco con bálsamo y cuando ella hace el masaje en los puntos clave del pecho ella sabe bien que es en ese lado la inflamación. [...] y después de eso ella pide a sus beneficiarios que vayan al hospital para tener medicamentos para eso.’ -Traducción propia.*

No conoce otras personas con ese don en el barrio. No tiene un coste establecido por su servicio, sino que cada uno le da lo que considere.

Los tratamientos que realiza consisten básicamente en masajes, los cuales no especifica cómo realiza ni nombra otras técnicas de terapia manual, aunque dice que sí realiza estiramientos cuando se le pregunta concretamente sobre eso. Lo realiza con aceite de coco, bálsamos o crema de masaje, y plantas medicinales como el ‘Katrafay’ y el ‘Chanchaki’, también utiliza otros como jengibre y miel.

‘Après pour les personnes qui ont des problèmes respiratoires, elle fait un massage sur les parties point avec le l’huile de coco et du coup elle va donner quelque traitement de plantes médicinales comme le ‘chanchaki’ avec du gingembre plus miel.’

‘Después para las personas que tienen problemas respiratorios, ella hace un masaje en los puntos clave con aceite de coco y ella les da algún tratamiento de plantas medicinales como el ‘chanchaki’ con jengibre y miel.’ -Traducción propia.

Podemos ver en este perfil algunas similitudes con el de curandera tradicional, como el uso de plantas medicinales, la herencia a través de la familia y la existencia de dones, a los cuales se atribuye el conocimiento y poder para curar. Sin embargo, en la masajista no aparecen tantos aspectos relacionados con la magia o espiritismo, sino que ella a través de su don puede efectuar diferentes masajes y proporcionar remedios para la curación.

Equipo de rehabilitación y fisioterapia Hospital B

En esta entrevista el jefe de servicio tenía preparado un discurso para explicar los miembros que conforman el equipo y sus servicios.

El servicio consta de un total de 18 personas, jefe de servicio, 2 ergoterapeutas (equivalente a terapia ocupacional), 6 fisioterapeutas, 5 técnicos de aparatos / ortoprotesistas y 4 administrativos.

El área de servicio de rehabilitación no tiene mantenimiento desde hace 10 años, hay varios despachos, una sala de rehabilitación, dos salas de masaje, una sala de máquinas, una sala de aparatos, una sala de stock, sala de escayola para las férulas, sala de rectificación y baños en el exterior.

'Les services de rééducation est un bâtiment qui n'a fait l'objet d'aucun entretien depuis plus de dix ans [...] Ce service est créé vers 1984.'

'Los servicios de reeducación están en un edificio que no ha sido objeto de ningún mantenimiento desde hace más de diez años [...] Este servicio fue creado en torno a 1984.'-Traducción propia.

Los servicios que se efectúan son el seguimiento y tratamiento de patologías y secuelas de patologías, los pacientes provienen de las consultas médicas orientando al servicio correspondiente (ergoterapia, fisioterapia, aparatos o TSMAS) o son externos.

TSMAS es el servicio de terapia de estimulación de malnutrición aguda severa, para prevenir y tratar complicaciones por discapacidad. Según las necesidades de cada niño se efectúan varios tratamientos incluyendo ejercicio motor, ejercicio

cognitivo, ejercicios afectivos o de socialización, motricidad fina, equilibrio general, aptitud cognitiva y lenguaje. Las principales patologías tratadas son:

- PCI (parálisis cerebral infantil)
- AVC (accidente vascular cerebral)
- Artrosis
- Bronquitis en la infancia
- Lumbalgia

El hospital tiene un partenariado con una asociación llamada Humanité et Inclusion, dicha asociación les aporta material y envían pacientes discapacitados para su tratamiento.

‘Selon la collaboration entre service d'appareillage et rééducation et le projet Humanité & inclusion. Le projet Humanité & Inclusion est équipé et doté les entrents de santé liée à la réadaptation, comme le consommables et le matériel pour appareillage, fourniture de bureau et matériel pour rééducation fonctionnel, matériel d'ergothérapie et matériel pour le TSMAS. [...] Ils ont détecté les enfants malnutris, les enfants handicapés, ils ont emmenés, ils ont payé leurs frais à l'hôpital.’

‘Según la colaboración entre el servicio de aparatos y reeducación y el proyecto Humanidad & Inclusión. El proyecto Humanidad & inclusión a equipado y dotado los entrantes de salud ligados a la readaptación, como los consumibles y el material para aparatología [incluye maquinaria y material para la fabricación de prótesis y similares], abastecimiento de oficina y material para la reeducación funcional, material de ergoterapia [terapia ocupacional] y material para el TSMAS [Terapia de estimulación malnutrición aguda severa] Ellos han detectado los niños malnutridos, niños discapacitados, los han traído, han pagado sus tasas en el hospital.’-Traducción propia.

Citaron algunas necesidades del servicio como falta de material e infraestructura, material administrativo, necesidad de una sala de ergoterapia, camilla y necesidad de materia prima como polipropileno para fabricar las prótesis.

El personal presente se mostró interesado en la posibilidad de hacer colaboraciones con la ONG Bel Avenir u otras entidades, así como también manifestó su interés en conocer programas de formación provenientes del exterior del país. El personal efectuó sus estudios en la capital del país, Antananarivo, pero dicen no tener muchas opciones de estudios superiores como máster o formaciones complementarias.

Se destacan por lo tanto dos puntos de relevancia para el presente trabajo, por un lado su experiencia positiva previa colaborando con otra ONG y su predisposición a nuevas colaboraciones, y por otro la completa prestación de servicios, desde la fabricación de férulas in situ como el programa de terapia de estimulación de malnutrición aguda severa, siendo opciones que se deberían conocer en la ONG para poder derivar a los/las niño/as del programa de desnutrición, o incluso como opción a tener en cuenta a la hora de ampliar proyectos existentes o la formulación de nuevos proyectos.

Figura 3: Fotografías de la visita a las instalaciones del área de rehabilitación del hospital.



Fuente propia

Médico del CAIF

La ONG tiene contratado un médico externo para el proyecto CAIF, siendo este el único profesional médico con titulación del que disponen, el resto de personal médico o del equipo de salud son agentes de salud por lo que no han recibido formación reglada oficial.

Algunas de las patologías más prevalentes que encuentra en los grupos que integran el CAIF son bronquitis, dificultad para expectorar y marasmo, el cual es producido por la malnutrición y produce un retraso en el desarrollo. Ocasionalmente también hay niños con parálisis cerebral infantil, frecuentemente producida por complicaciones en el parto, trisomía del 21 (síndrome de Down) citando la dificultad de que muchas madres de este perfil socioeconómico desconocen la enfermedad. Referente a las madres se nombra el prolapso de órganos pélvicos y fístulas.

Como problema refiere que a pesar de que el ministerio de salud pone a disposición consultas de seguimiento del embarazo (en principio obligatorias) y también hay servicios para tratar la parálisis cerebral infantil etc., la mayoría de madres no acuden a estos servicios, ya sea por dificultad para el pago de los servicios, desplazamiento, o por la tradición de dar a luz en casa con la asistencia de la abuela u otra figura como matronas tradicionales.

'Le ministère de santé a mis en place de consultations prénatales obligatoires, ça s'appelle CNP, mais elles ne le font pas, ici souvent ont des situations socioéconomiques compliquées et là-bas doivent payer, ou alors elles vont avec la grande mère pour l'accouchement.'

'El ministerio de salud ha implementado consultas prenatales obligatorias, se llama CPN, pero no lo hacen, aquí a menudo tienen situaciones socioeconómicas complicadas y allí tienen que pagar, o ellas van con su abuela para el parto.'-Traducción propia.

El hecho de que tengan a disposición un médico que acude al lugar donde se encuentran las beneficiarias es algo que facilita la valoración y detección de problemas de salud, aunque habría que revisar cómo se llevaría a cabo eficazmente su tratamiento y seguimiento. Sería conveniente considerarlo también para otros proyectos, en los cuales no disponen de personal médico.

5.2 Observación participante

A lo largo de la estancia de prácticas durante la cual se llevó a cabo este trabajo, se convivió con el personal en el contexto del día a día tanto en las oficinas de la ONG como acompañando a diferentes actividades, esta inmersión en el contexto permitió la toma de algunas notas de campo de relevancia para el tema tratado, así como la realización de diferentes reuniones informales, algunas de las cuales solicitadas por los mismos miembros de la ONG para poder entender mejor algunas cuestiones como en qué consiste la fisioterapia, o cómo será el procedimiento y finalidad del proceso participativo, y sirvieron también para complementar información y aportar algunos datos de interés.

Algunos hallazgos generales fueron:

Existencia de muchas creencias en torno a la magia, mal de ojo y similar en la población general. Frecuentemente hay personas que tienen crisis similares a ataques epilépticos con convulsiones.

Las figuras de curación tradicional como masajistas, curanderas o matronas tradicionales son tenidas en cuenta, y en diversas ocasiones muestran el deseo de que se elaboren proyectos combinando la medicina científica con la medicina tradicional.

Existencia de barreras socioculturales hacen que los beneficiarios muestren reticencias a la medicina científica, se nombran temas como la falta de recursos para el pago de servicios y desplazamientos, pero también otros como la desconfianza, miedo y desconocimiento.

CASEM-SPORT

Se dedican al entretenimiento de jóvenes desfavorecidos con el objetivo de prevenir la delincuencia. El perfil son niños escolarizados, de entre 6 a 18 los chicos y entre 6 a 23 las chicas. Sus programas se centran en la música y el deporte, realizando también sensibilizaciones para que sean responsables, adquieran valores sociales y se desarrollen.

Algunas actividades que efectúan son: gospel, batucada (Bloco Malagasy), aprendizaje de instrumentos musicales diversos, circo (acrobacias), teatro, malabares, capoeira y construcción de gigantes.

En caso necesario se efectúan visitas sociales con niños con dificultades a través del servicio de célula de escucha.

Las actividades que hacen en el centro deportivo son: judo, baloncesto, fútbol y balonmano. Se realiza un calentamiento previo al entrenamiento, y estiramientos después. En caso de lesionarse, llevan a la persona a la oficina de la ONG para que lo vean los agentes de salud. También primeros auxilios en caso de ser necesario. Si tienen dolores no muy graves, hacen estiramientos y ponen una crema.

Todos los miembros tienen seguro.

No se conoce mucho la fisioterapia ni son vistos o tratados por fisioterapeutas, pero sí mostraron interés por que algunos colectivos recibieran tratamiento en fisioterapia, nombrando algunos ejemplos como sobrecarga por el uso de instrumentos musicales en posturas mantenidas, o prevención de riesgo de lesiones en el grupo de capoeira y el grupo de acrobacias de circo.

Colegio Salinas - Educación

Se informa; al igual que mencionan otras personas y se ha incluso evidenciado durante la estancia en terreno; de la existencia de forma recurrente de "crisis epilépticas" entre el alumnado, siendo más frecuente entre el sexo femenino. Se desconoce la causa de estas crisis pues en la mayoría de los casos no llegan a consultar un médico, pero se cree que una posible causa puede ser el estrés, cansancio o trauma psicológico, pues se suele dar en personas con antecedentes de eventos traumáticos o problemas familiares o sociales. Se plantea que sería interesante estudiar estos casos e implementar programas de prevención para tratar los estados de estrés y tensión física a través de la fisioterapia.

También se proponen formaciones sobre prácticas de autocuidado para estudiantes, y la posibilidad de trabajar conjuntamente con masajistas tradicionales.

Proyectos CAIF y Malnutrición

Cuando entre las personas beneficiarias de la ONG aparecen casos graves como malformaciones, dolor severo etc., reorientan los servicios y la ONG se hace cargo de ello ya sea total o parcialmente. Se propuso como sugerencia que en lugar de centrarnos en el tratamiento de los casos que pueden surgir esporádicamente, nos centremos en la prevención.

Algunas aportaciones de ideas fueron:

- Masajes para bebés, para problemas de tórax, respiratorios.
- Formaciones en masajes para los profesionales.
- Protocolo en caso de accidentes para las madres.
- Proyecto para tratamiento o prevención de dolor de espalda en embarazo.
- Técnicas para aliviar reglas dolorosas

Proyectos sociales:

Hay una preocupación por la falta de actividad de las niñas, al no tener un planning de actividades regular y que se cumpla, se solicita a voluntarios que hagan actividades con ellas porque necesitan afecto y entretenimiento. Preocupación también por la salud mental de las niñas ya que la mayoría de las chicas que integran el hogar social tienen un historial previo ya sea de maltrato, violación, abandono, prostitución, mendicidad o similares, sin embargo, no tienen atención psicológica. A esta ausencia de atención psicológica se atribuyen conflictos entre compañeras, estados de ánimo apáticos, violencia o reacciones de ira y crisis epilépticas.

Durante la estancia en terreno, surgieron también problemas de comunicación entre las educadoras del centro social y la coordinadora de salud, puesto que las educadoras no estaban informando de problemas de salud de las beneficiarias.

5.3 Talleres participativos

Se describen en primer lugar los resultados de desarrollo de cada taller en cuanto a asistencia y participación, y posteriormente los resultados derivados del análisis que se realizó de forma participativa para cada grupo: CAIF, educación (Salinas, CASEM-Sport) y social (Hogar social, CENUTS, centro de día).

Como se mencionó en la metodología, los talleres eran de participación abierta, por lo que podían asistir participantes de cualquier departamento de la ONG.

Los talleres se planificaron para ser realizados uno por cada semana, concretando con dirección y con los coordinadores qué días y horas serían los más apropiados para que puedan asistir. Se planificó hacer tres talleres, uno por grupo, pero por falta de tiempo tras el segundo taller se planificó añadir uno más, por lo que fueron cuatro talleres, los dos últimos realizados en la misma semana.



Taller 1 (24/11/23)

Se planeó para las 10h en la sala de seguimiento y evaluación. Se empezó más tarde por problemas logísticos ya que parte del equipo de la ONG organizó otra reunión a la misma hora el día anterior. Tuvo una duración aproximada de 2h.

Asistieron 25 participantes pertenecientes a los sectores de los grupos de análisis, dos de las cuales son de centros que no se incluyen en el análisis del presente trabajo por estar en una ciudad diferente, pero con características similares a los centros descritos, y una persona de otro departamento (seguimiento y evaluación) (tabla 1).

Tabla 1: Participantes taller participativo 1.

Sector	Hombres	Mujeres	Total
Salud	2	4	6
CASEM-Deporte	5	1	6
Educación	2	3	5
Social	0	7	7
Seguimiento y evaluación	1	0	1
Total	10	15	25

Fuente de elaboración propia.

Tras la presentación, lo más difícil fue que entendieran lo que es la fisioterapia y relacionarla con las personas beneficiarias, el equipo de salud fue bastante participativo. Surgían temas generales de salud y no de fisioterapia específicamente, aunque se intentó redirigir. Algunos temas que en las reuniones previas se habían hablado no se propusieron hoy.

A causa del idioma es un poco difícil el intercambio ya que en los grupos solo se habla en malgache, y luego al comentar las ideas concluyentes, también puede

que les cueste comprender las explicaciones en francés, no siendo tampoco el francés el idioma nativo de la interlocutora.

El calor era una dificultad añadida para la concentración durante la explicación, incrementado por el elevado número de participantes dentro de la sala.

Al ser el primer taller, haber empezado un poco más tarde y haber dividido además en pequeños grupos y posteriormente la puesta en común, el tiempo fue insuficiente para terminar el análisis del primer grupo analizado, el grupo CAIF, por lo que se consiguió finalizar el DAFO, pero no el árbol de problemas y el resto de las acciones planificadas.

Figura 4: Fotografía del primer taller participativo



Fuente propia.

Taller 2 (27/11/23)

La sala donde permitieron hacer el taller tenía otra formación 1h30 min después, por lo que se propuso adelantarlo media hora. El coordinador de tecnología se encargó de comunicarlo, pero como la mayoría no disponen de internet, no estuvieron al corriente. La gente llegó a la hora que se concertó al principio, con unos 15-20 min de retraso, por lo que finalmente solo se dispuso de aproximadamente una hora.

Participaron 13 personas pertenecientes a los tres grupos de análisis (tabla 2), predominando participantes pertenecientes a proyectos del grupo educación. La participación era algo desigual ya que unos pocos participaban mucho y otros solo escuchaban. Ya que el grupo no era tan numeroso y por la falta de tiempo, en lugar de hacer grupos pequeños se hizo conjuntamente de forma oral.

Tabla 2: Participantes del taller participativo 2

Sector	Hombres	Mujeres	Total
Salud	0	3	3
CASEM-Deporte	3	1	4
Educación	1	2	3
Social	0	3	3
Total	4	9	13

Fuente de elaboración propia.

Taller 3: (07/12/23)

La hora fijada para el taller eran las 15h, a las 15:30 empezaron a venir algunos participantes. Finalmente participaron 5 personas (tabla 3) y se comenzó el taller poco antes de las 16h hasta las 17h20 (la sala debía ser liberada para otra actividad). Hubo participantes del sector de salud, de CASEM-Sport y de educación.

Hubo algunas dificultades con el proyector ya que no se veía bien y era difícil leer.

Al ser menos personas, se comentó oralmente, costaba un poco la participación al principio, pero después mejoró. Todos dieron sus opiniones y aportaciones.

Figura 5: Fotografía del taller participativo 3



Fuente propia

Tabla 3: Participantes del taller participativo 3.

Sector	Hombres	Mujeres	Total
Salud	0	1	1
CASEM-Deporte	1	1	2
Educación	1	1	2
Total	2	3	5

Fuente de elaboración propia.

Taller 4: (08/12/23)

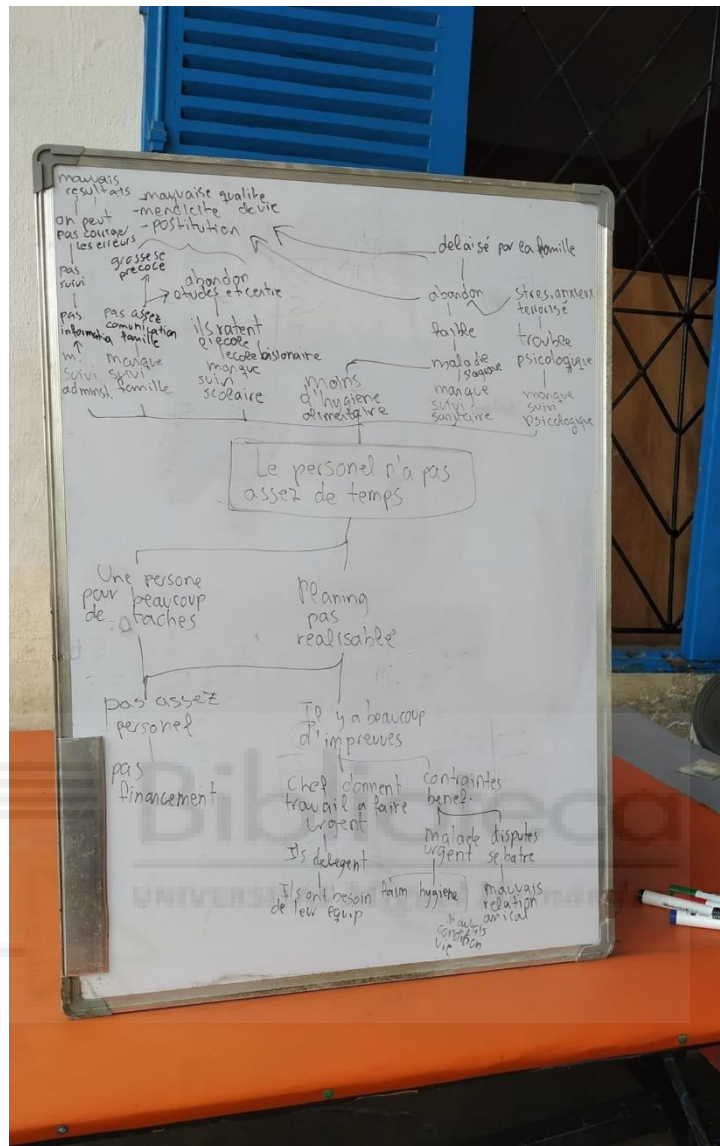
A la hora a la que estaba previsto el taller, la sala asignada estaba ocupada por otra actividad. Se buscó otro lugar, pero no se pudo avisar a la gente a tiempo, se comenzó media hora más tarde con 3 personas. En el transcurso de la siguiente media hora llegaron 3 personas más (tabla 4). Había participantes pertenecientes a los grupos de análisis, predominando participantes del grupo analizado en este taller (social). Al ser el grupo poco numeroso y con la experiencia de los días anteriores, todas las personas presentes participaron bastante y se pudo terminar las actividades planteadas para el grupo social.

Tabla 4: Participantes del taller participativo 4.

Sector	Hombres	Mujeres	Total
Salud	0	1	1
CASEM-Deporte	1	0	1
Educación	1	0	1
Social	0	3	3
Total	2	4	6

Fuente de elaboración propia.

Figura 6: Fotografía del taller participativo 4 mostrando el árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia

5.3.1 Resultados: CAIF:

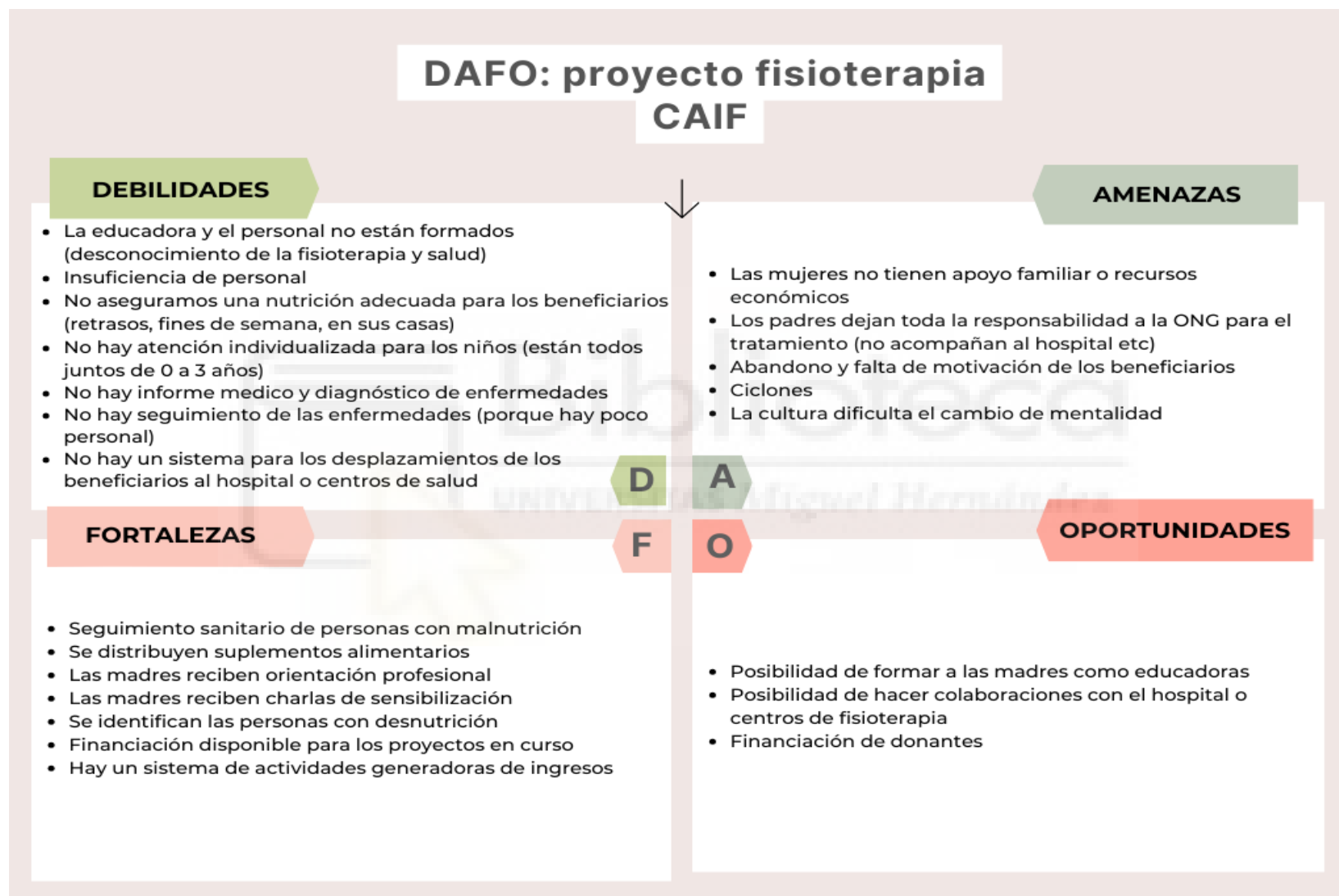
El primer grupo analizado fue el de beneficiarios del CAIF (Centro de Atención Integral a la Mujer).

Como debilidades y amenazas en el DAFO (figura 7) surgieron como problemas internos (debilidades) principalmente la falta de personal y el hecho de que el personal existente no tenga conocimientos o formación en salud, se nombra por lo tanto problemas como que no se les da atención individualizada a los niños y niñas al tener que atender a todos juntos, no hay informes de salud de las personas beneficiarias ni seguimiento de enfermedades, y tampoco hay un

sistema establecido para que acudan al hospital o centros de salud en caso necesario. Como problemas externos (amenazas) se nombraron la falta de recursos económicos, falta de motivación, falta de apoyo por parte de familiares, también una falta de implicación por parte de los padres y madres a la hora de llevar a cabo los tratamientos o visitas al hospital. Se nombra también aspectos culturales como una barrera para que los padres y madres tomen mayor implicación y responsabilidad, y por último factores meteorológicos, concretamente ciclones, pues son fenómenos relativamente frecuentes en cierta época del año y pueden influir en la realización, continuidad y participación de los proyectos.

En los aspectos positivos, en el ámbito interno (fortalezas) se nombra que gracias a proyectos en marcha se realiza la identificación de personas con desnutrición, y su tratamiento mediante suplementación y seguimiento. Además, las madres dentro del proyecto reciben charlas de sensibilización sobre algunos temas de salud, formación y orientación profesional. Estas actividades forman parte de proyectos ya en marcha con financiación disponible. En cuanto a aspectos externos (oportunidades) se nombra la posibilidad de contratar educadoras mediante el reclutamiento de madres del proyecto, formándolas previamente en los programas de formación profesional, también la posibilidad de establecer colaboraciones con el hospital o centros de fisioterapia, y la obtención de financiación de donantes.

Figura 7: Análisis DAFO del grupo CAIF.



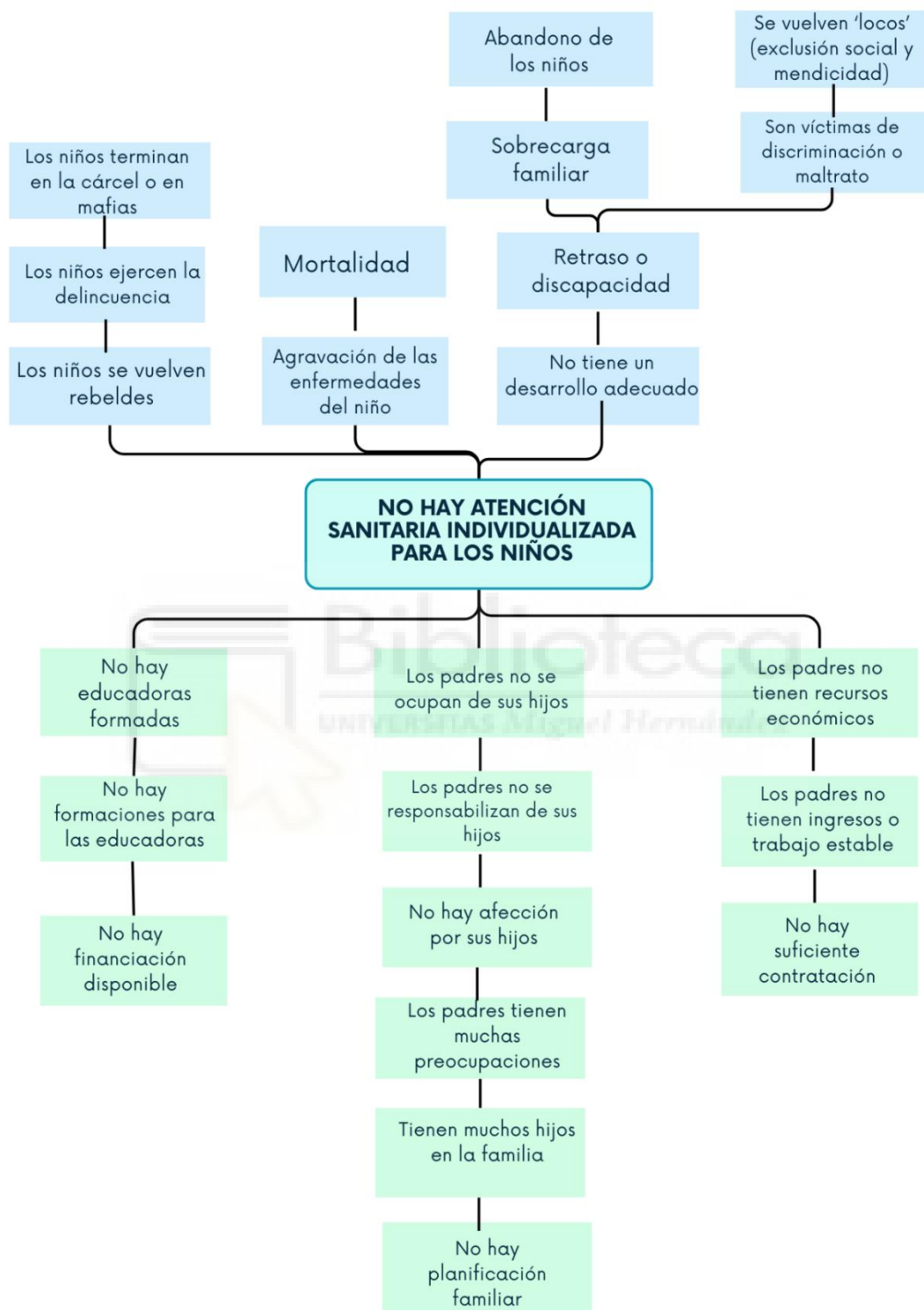
Fuente de elaboración propia

Tras la realización del DAFO, se seleccionó como problema central: 'No hay atención sanitaria individualizada para los/las niños/as'. Tras la realización del árbol de problemas (figura 8), se observa cómo esta falta de atención se debe, por un lado, a causas atribuibles a la propia ONG, como es la forma en que se atienden dichos/as niños/as, se mencionó anteriormente la insuficiencia de personal, el desconocimiento del personal existente en temas de salud, añadido al hecho de que atienden a muchos/as niños/as de diferentes edades en una misma sala, lo cual imposibilita centrar la atención en cada uno de ellos de forma individualizada. Por otro lado, causas relacionadas con la situación socioeconómica familiar. Encontramos cómo la falta de recursos económicos dificultará que los padres puedan hacerse cargo de los desplazamientos a centros sanitarios, así como el pago de las tasas correspondientes, y también causas sociales como es la falta de afecto por los/las hijos/as, lo cual se atribuye a que tienen numerosa descendencia en una situación social con muchas preocupaciones, y esto crea ese desapego por cada uno de manera individual.

Estas causas afectarían a los/las niños/as en su ámbito social y físico, puesto que el hecho de estar desatendidos fomentaría conductas delictivas en el futuro, también pasarían desapercibidos problemas de desarrollo, aparecerían o se agravarían las enfermedades, resultando en peores condiciones de salud, con el riesgo de aumentar la carga familiar y terminar en abandono, mendicidad o exclusión social.

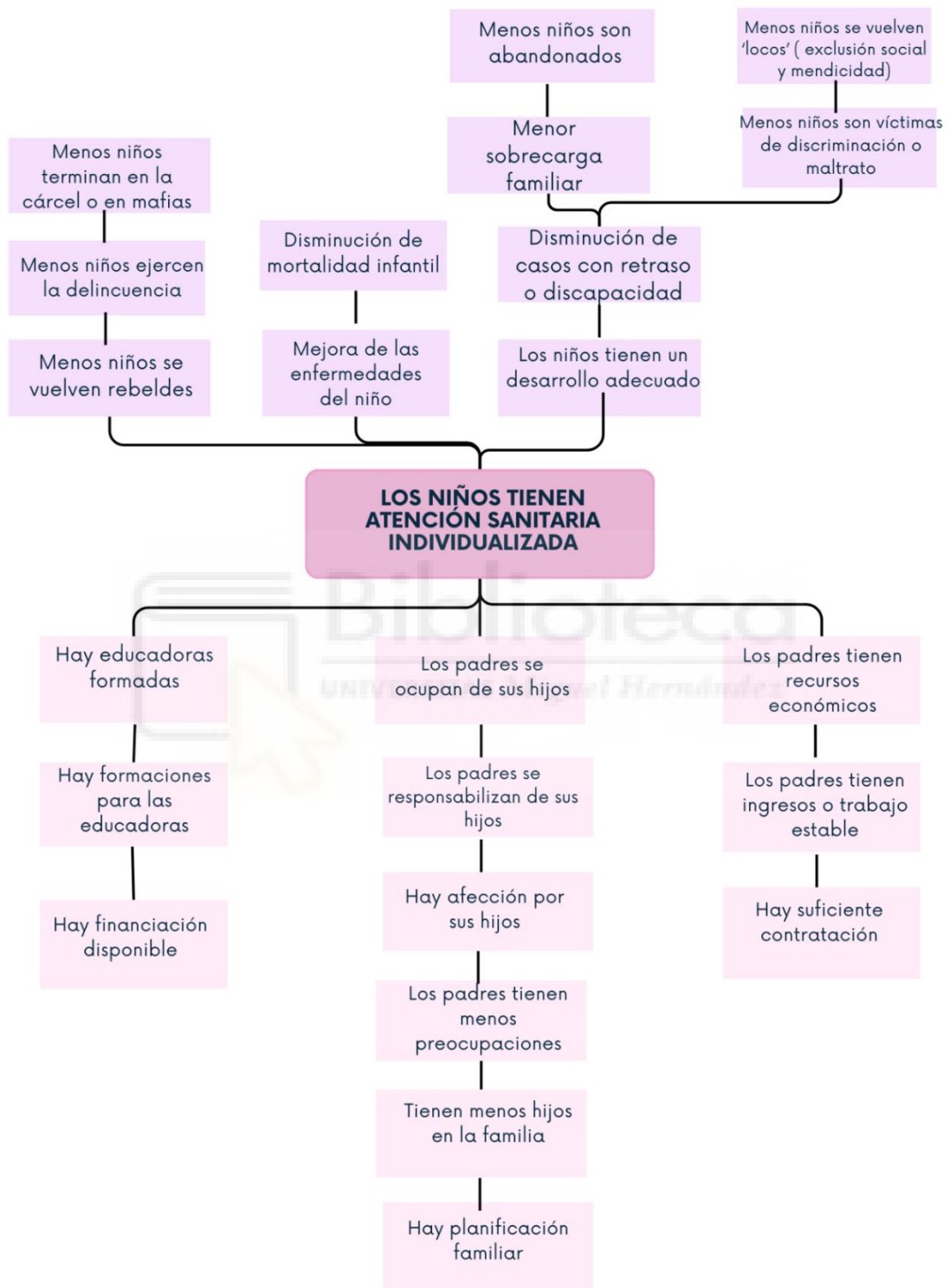
Al realizarse el árbol de soluciones (figura 9), se ponen en positivo los problemas del árbol de problemas, brindando una visualización de posibles soluciones o líneas de acción que sirvieron para seleccionar la lista de actividades para la propuesta.

Figura 8: Árbol de problemas del grupo CAIF



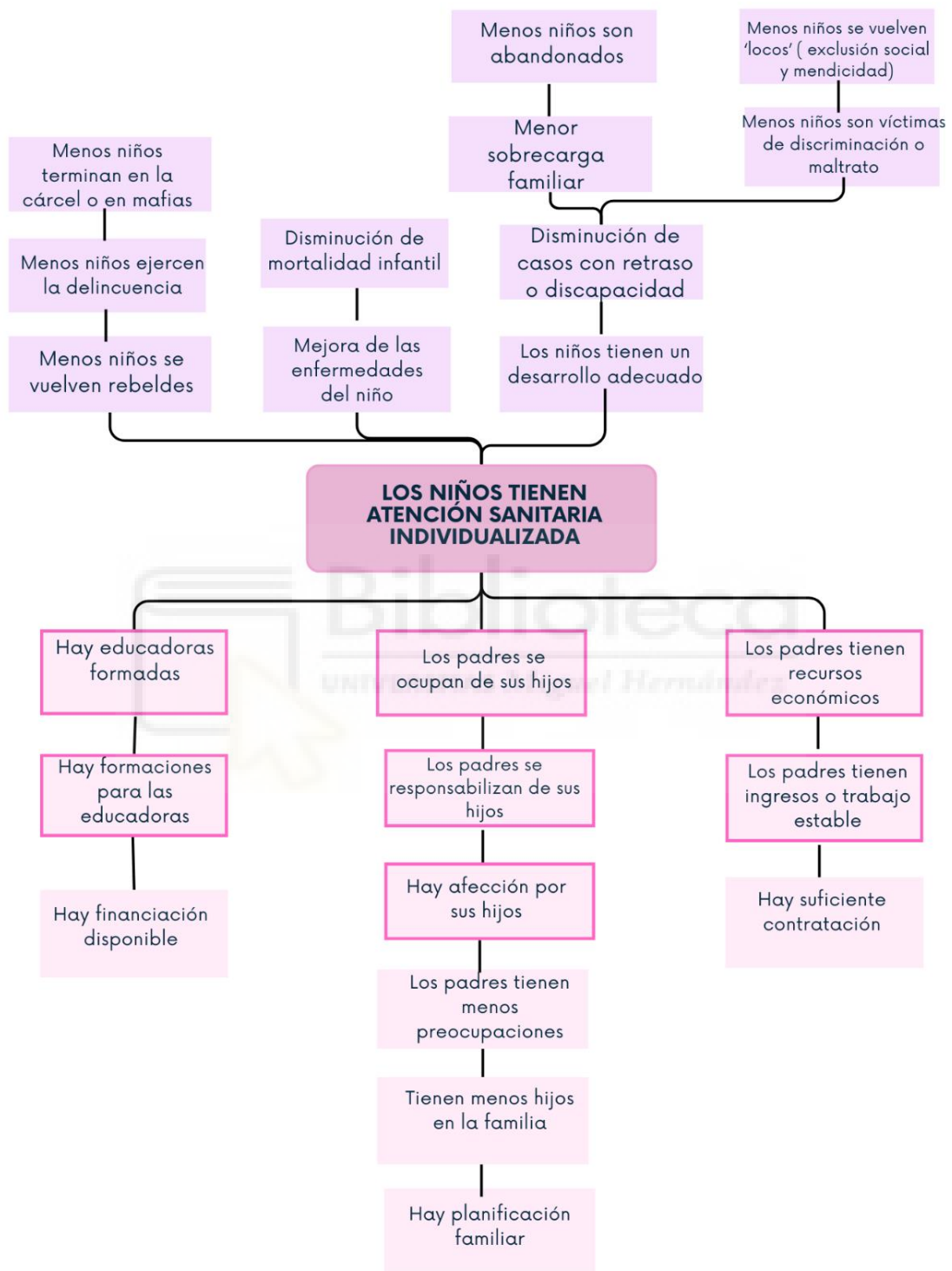
Fuente de elaboración propia.

Figura 9: *Árbol de soluciones del grupo CAIF.*



Fuente de elaboración propia.

Figura 10: Árbol de estrategia del grupo CAIF.



Fuente de elaboración propia.

Figura 11: Tabla de propuesta CAIF.

PROPUESTA CAIF

Atención sanitaria de niños de familias en situación vulnerable, autonomización de los padres y formación profesional en salud

QUÉ	COMO	QUIEN
Talleres para fomentar la afección y responsabilidad hacia sus hijos de las madres del CAIF	Charlas y talleres teórico prácticos sobre: -Derechos en la infancia -Lactancia y alimentación en la infancia -Higiene -Fisioterapia para el bebé y el niño -Estimulación para el correcto desarrollo de los niños	-Educadoras -Personal del área de salud
Encontrar buenos formadores para las educadoras	Colaboraciones con: -Hospital -Kanfanantenaina (centro de atención a niños con discapacidad)	-Responsable de salud y dirección
Formar a las educadoras	Formaciones en: -Estimulación y animación de los niños -Primeros auxilios -Cuidados de los bebés -Educación infantil	-Formadores externos
Contratar a las madres como educadoras	-Reclutamiento entre las madres beneficiarias del CAIF -Selección según los criterios establecidos	-Responsable de salud -Recursos humanos
Contratar más educadoras (atención más individualizada para los niños)	-Reclutamiento entre las madres del CAIF -Selección según los criterios establecidos	-Responsable de salud -Recursos humanos
Creación de formaciones y empleo para los padres y madres	-Chófer para el acompañamiento al hospital -Asistente médico -Puesto de comida en CAIF -Selección según criterios	-Formadores externos -Equipo de salud -Recursos humanos -Dirección

Fuente de elaboración propia.

El título que escogieron para la propuesta fue: 'Atención sanitaria de niños/as de familias en situación vulnerable, autonomización de los padres/madres y formación profesional en salud'

La propuesta de CAIF (figura 11) interviene en todas las ramas del árbol de problemas analizado, como podemos ver en el árbol de estrategia (figura 10).

Para la rama referente a las educadoras, se contratarían más educadoras, de las cuales se seleccionarían entre las madres antiguas beneficiarias del CAIF para así fomentar su empleo y recursos económicos, también se les formaría en diferentes temas de salud (a través de colaboraciones con organismos que cuenten con profesionales cualificados) para que tengan los conocimientos y aptitudes de detectar signos de patologías o brindar atención que ayude al correcto desarrollo de los/las niños/as.

Para la rama de referente a la falta de atención por parte de los padres y madres por motivos de afecto, se incentivaría la mejora del vínculo y cuidados de los/las hijos/as a través de diversos talleres teórico-prácticos, de forma que pasen tiempo de calidad juntos mientras ponen en práctica conocimientos que mejorarán la salud y bienestar del niño/a y estimularán su correcto desarrollo.

En cuanto a la rama de falta de atención por motivos económicos, se reforzarían las formaciones y actividades generadoras de ingresos, dando más opciones de formación profesional y pudiendo ser contratados algunos de ellos por la misma ONG para servicios ausentes como el transporte a centros sanitarios o asistente médico, facilitando de esta forma también que las personas beneficiarias acudan a estos servicios.

5.3.2 Resultados: EDUCACIÓN: SALINAS-CASEM-SPORT

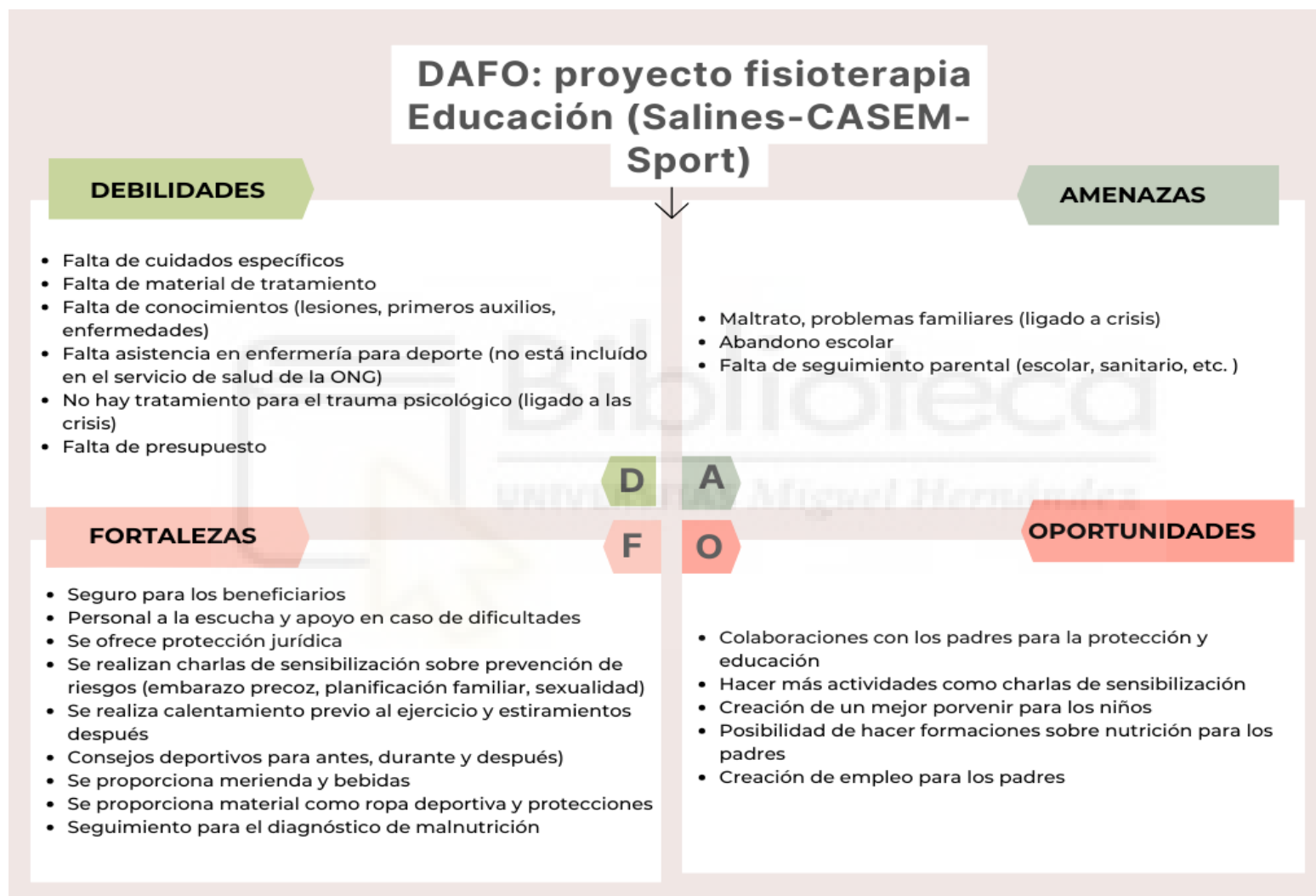
El segundo grupo analizado fue el de beneficiarios de los proyectos del colegio de salinas y el CASEM-Sport (centro de atención socioeducativo musical y de deporte). Se juntaron estos proyectos en un grupo puesto que el perfil de beneficiarios es similar, es decir, niños y niñas en etapa escolar que siguen programas de educación ya sea educación elemental, formación musical o deportiva.

En el análisis DAFO (figura 12) en cuanto a aspectos negativos internos (debilidades) se mencionó la falta de recursos materiales y económicos y de conocimientos en cuanto a asistencia sanitaria, así como de cuidados específicos, además de la ausencia de asistencia en enfermería (el colegio de salinas sí tiene, pero CASEM-Sport no) y la ausencia de atención y tratamiento psicológico. En cuanto a aspectos negativos externos (amenazas) se mencionaron problemas ligados a la familia como la falta de seguimiento por parte de los familiares o el maltrato, y también el abandono escolar.

Por otro lado, como aspectos positivos internos (fortalezas) se mencionaron prestaciones que ya se realizan en estos proyectos como la proporción de un seguro y protección jurídica para los beneficiarios, ropa y protectores deportivos, abastecimiento nutricional (meriendas y bebidas), seguimiento para detectar casos de malnutrición, y también se realizan charlas de sensibilización sobre prevención de riesgos asociados a la salud sexual y reproductiva, se realiza calentamiento previo a la realización de ejercicio y estiramientos posteriores, y el personal está a disposición para la escucha y apoyo de los beneficiarios.

Como aspectos positivos externos (oportunidades) se menciona la posibilidad de colaborar con los padres para mejorar la protección y educación de los/as niños/as, ampliar las actividades de sensibilización, contribuir a la mejora del futuro de los beneficiarios, posibilidad de crear empleo para los padres y de hacer formaciones sobre nutrición.

Figura 12: Análisis DAFO del grupo educación.



Fuente de elaboración propia.

Tras la realización del DAFO, se seleccionó como problema central: 'No hay suficiente atención sanitaria, psicosocial y nutricional'.

Las causas que se mencionaron en la realización del árbol de problemas (figura 13) se dividen en dos ramas principales: Falta de recursos materiales y falta de personal experimentado. La insuficiencia de personal experimentado, está causado a su vez por una insuficiente formación específica ligada a la falta de presupuesto, y por otro lado por la frecuente rotación de personal, es decir, que el personal contratado no permanece en la ONG por mucho tiempo, las causas para esto fueron que el personal no se siente valorado, salario insuficiente (causado por una falta de presupuesto), no hay un buen ambiente de trabajo y los horarios no son respetados (porque no se respetan los derechos y leyes laborales).

La otra rama es la insuficiencia de material, tanto para prácticas de salud como deportivas, y se atribuye la causa a una falta de presupuesto.

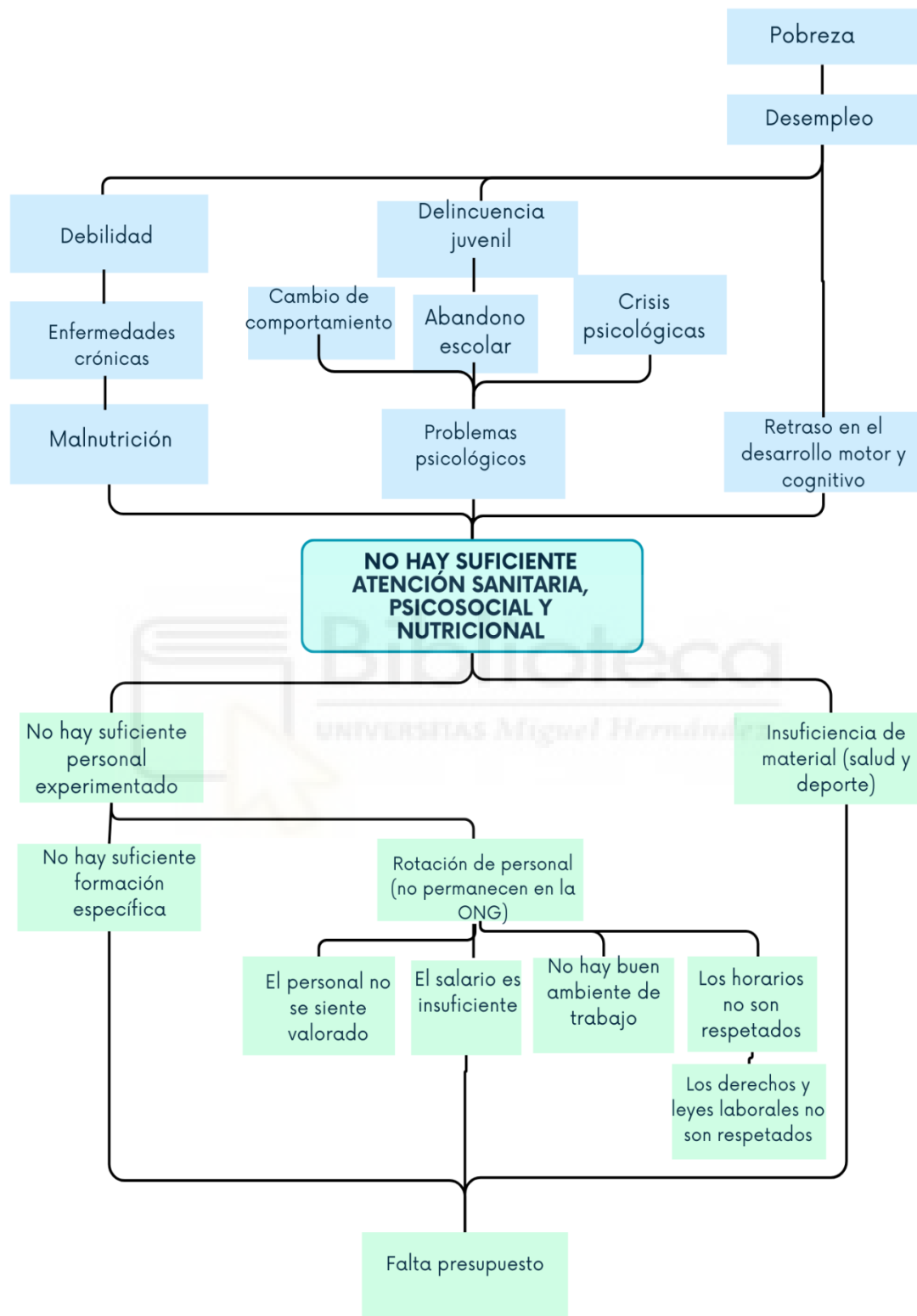
En cuanto a las consecuencias, se dividen en tres ramas principales: malnutrición, aumento de problemas psicológicos y retraso en el desarrollo motor y cognitivo. La malnutrición contribuye a la aparición o agravamiento de enfermedades crónicas, lo cual significaría una debilidad general de la persona, que puede ser incapacitante para desarrollar actividades como un empleo, por lo que la consecuencia finalmente sería el desempleo, y este llevaría al aumento de la pobreza.

La aparición o agravamiento de problemas psicológicos tendría como consecuencia cambios en el comportamiento, abandono escolar y aumento en la incidencia de crisis psicológicas. El abandono escolar contribuye al aumento de la delincuencia juvenil, y finalmente al aumento del desempleo y de la pobreza.

El retraso en el desarrollo motor y cognitivo también tendría como consecuencia el desempleo y finalmente la pobreza

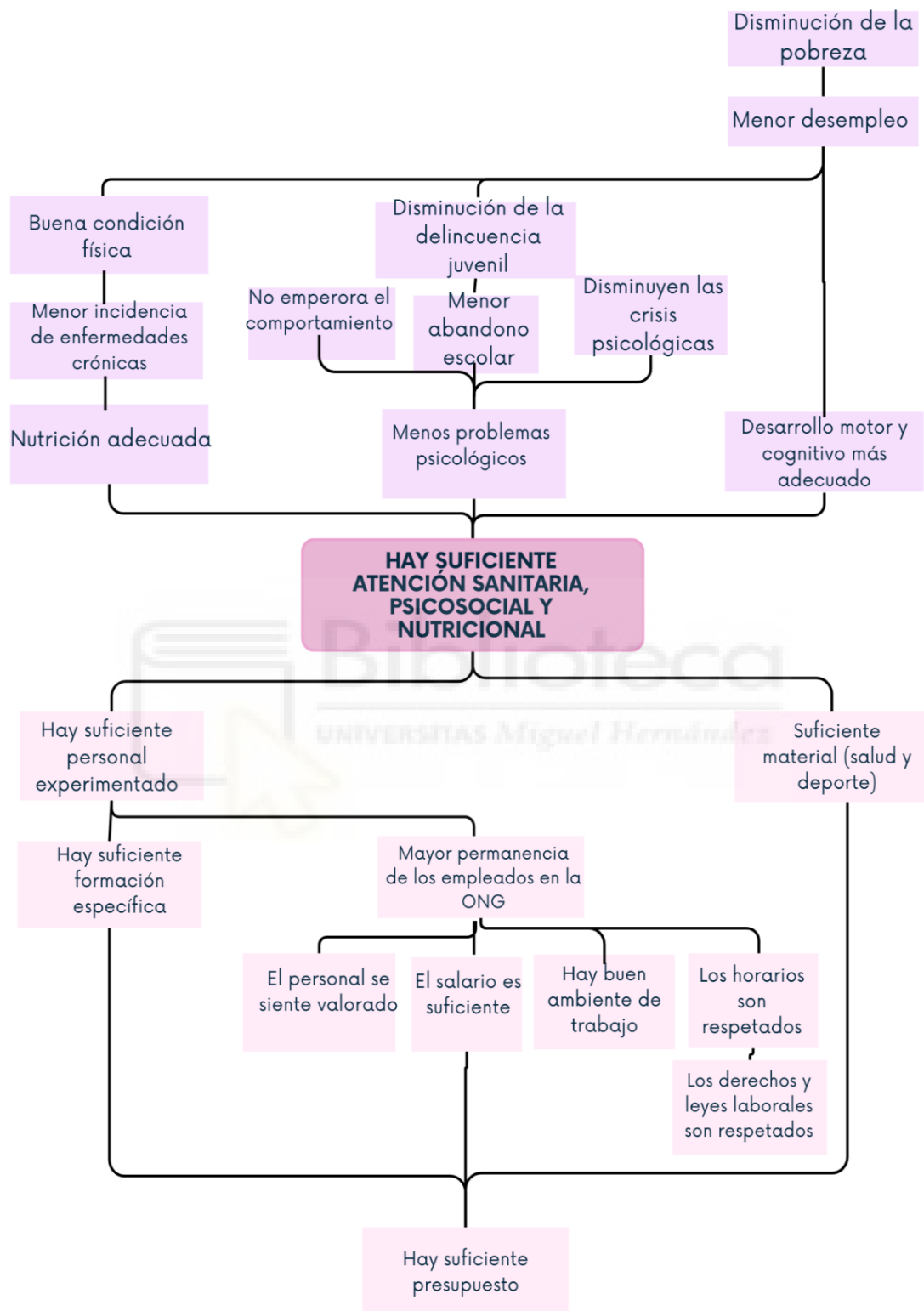
Tras este análisis de los problemas, causas y consecuencias, se realizó el árbol de soluciones (figura 14), permitiendo visualizar la 'situación ideal' y sirviendo como guía para proponer actividades para la propuesta.

Figura 13: Árbol de problemas del grupo educación.



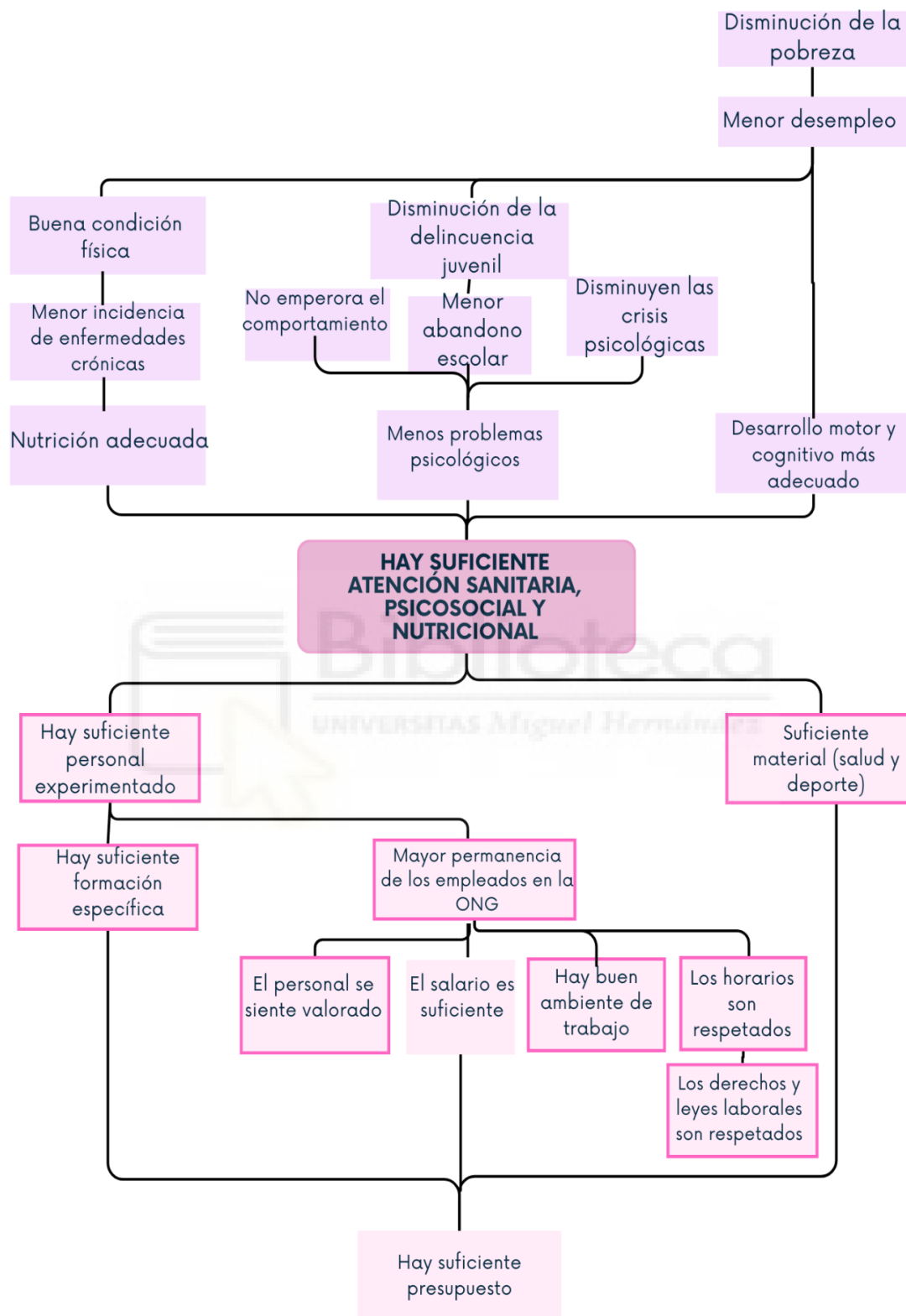
Fuente de elaboración propia.

Figura 14: Árbol de soluciones del grupo educación.



Fuente de elaboración propia.

Figura 15: Árbol de estrategia del grupo educación.



Fuente de elaboración propia.

Figura 16: Tabla de propuesta educación.

PROPUESTA SALINAS-CASEM-SPORT

Fomentar el desarrollo de los beneficiarios a través del deporte, la educación y la salud.

QUÉ	CÓMO	CON QUIÉN
Obtención de material (salud y deporte)	<ul style="list-style-type: none"> -Compra de material -Buscar donaciones de material -Hacer una colecta de dinero en línea 	<ul style="list-style-type: none"> -Director -Coordinadora de educación -Coordinador CASEM -Coordinador sport
Búsqueda de personal experimentado	<ul style="list-style-type: none"> -Publicación en páginas de búsqueda de empleo -Publicación en facebook -Selección según CV 	<ul style="list-style-type: none"> -Recursos humanos
Hacer formaciones a largo plazo (salud y psicosocial)	<ul style="list-style-type: none"> -Hacer formaciones sobre diferentes temas de salud y temas psicosociales -Buscar y contratar formadores 	<ul style="list-style-type: none"> -Formadores externos -Coordinadores
Practicar y hacer seguimiento de las formaciones recibidas	<ul style="list-style-type: none"> -En el trabajo directamente -Hacer un seguimiento regular 	<ul style="list-style-type: none"> -El personal de salud, educación y deporte
Creación de team-building (valorización y cohesión de los equipos)	<ul style="list-style-type: none"> -Varias veces al año -En los diferentes lugares (salinas, CASEM..) -Aprovechad para hacerlo en vacaciones escolares 	<ul style="list-style-type: none"> -Departamento de proyectos -Coordinadores -Personal
Garantizar buenas condiciones laborales	<ul style="list-style-type: none"> -Contrato por escrito donde se marque "leído y aprobado", con firma y revisado por inspección de trabajo -Reglamento interior que debe ser leído y firmado -Políticas salariales bien definidas, deben ser puestas al día y aplicadas 	<ul style="list-style-type: none"> -Recursos humanos y dirección

Fuente de elaboración propia.

Tras la realización del árbol de problemas y soluciones, se seleccionó sobre qué se podía actuar (figura 15) y se propuso una lista de actividades para la propuesta y se cumplimentó la tabla (figura 16). El título seleccionado para la propuesta fue: 'Fomentar el desarrollo de los beneficiarios a través del deporte, la educación y la salud.'

Las actividades que se seleccionaron fueron relacionadas por un lado con la obtención de material para salud y deporte. Por otro lado, las actividades propuestas para solucionar la causa relacionada con la insuficiencia de personal experimentado, se llevaría a cabo la contratación de personal experimentado, la realización de formaciones al personal sobre salud y temas psicosociales para poder brindar mayor atención en estos ámbitos, practicar y realizar un seguimiento de dichas formaciones en el trabajo, y para mejorar la continuidad del personal en la empresa, la creación de team-building que mejoraría la cohesión del equipo y su valorización, y acciones para garantizar unas condiciones laborales satisfactorias en este proyecto, para lo cual se definirían las condiciones y se realizarían documentos para su cumplimentación.

5.3.3 Resultados: SOCIAL (Hogar social, CENUTS, centro de día)

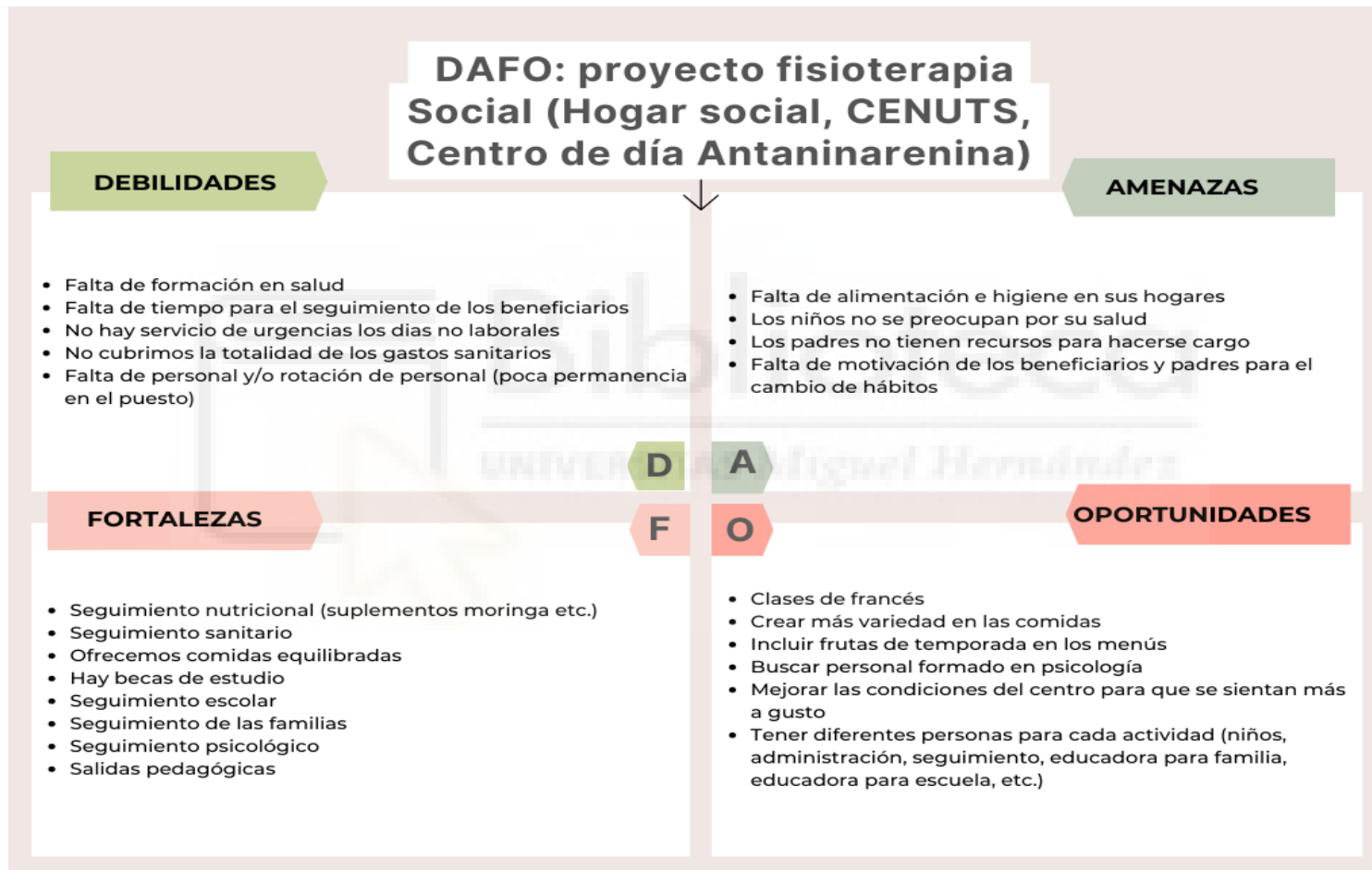
El tercer y último grupo analizado fue el de beneficiarios de los centros sociales. Esto incluye el Hogar social de Tulear, los dos CENUT (Centros de educación nutricional) y el centro de día Antaninarenina. Se analizan como un solo grupo ya que todos los proyectos están coordinados por el departamento de social, y sus beneficiarios tienen en común que, para formar parte de dichos proyectos, se ha evaluado y considerado su situación social como desfavorable previamente.

En el análisis DAFO (figura 17) se mencionan como aspectos negativos internos (debilidades) la falta de tiempo, de formación y de personal (por poca permanencia), la ausencia de servicio de urgencias para días no laborales y el pago parcial de gastos sanitarios a los beneficiarios (no cubren la totalidad). Como aspectos negativos externos (amenazas) la mala alimentación e higiene en los hogares de los beneficiarios, la falta de motivación y despreocupación por la propia salud y el cambio de hábitos, y la escasez de recursos por parte de la familia.

En los aspectos positivos, se mencionan como aspectos internos (fortalezas) el hecho de que sí hay establecido (aunque en la práctica no se pueda llevar a cabo satisfactoriamente) sistemas de seguimiento nutricional, sanitario, escolar, familiar y psicológico. También se ofrecen comidas equilibradas, becas de estudio y se realizan salidas pedagógicas. En aspectos externos (oportunidades) se menciona la posibilidad de incluir clases de francés, crear más variedad en las comidas incluyendo frutas de temporada, mejorar las condiciones de los centros, buscar personal formado en psicología y que haya diferente personal para diferentes actividades, por ejemplo, una persona que se dedique a tareas de administración, otra para la educación de la familia, etc.



Figura 17: Análisis DAFO del grupo social.



Fuente de elaboración propia

Tras la realización del DAFO, se selecciona como problema central: 'El personal no tiene suficiente tiempo'.

En el análisis de las causas (figura 18) se establecieron dos ramas principales, el hecho de que una sola persona debe hacer muchas tareas diferentes, y por otro lado, que el planning no es realizable, es decir, se planean acciones que no pueden ser llevadas a cabo en la realidad.

Para la causa relacionada con la elevada carga de tareas del personal, se menciona que la causa es que no hay suficiente personal para llevar a cabo dichas tareas, y esto es debido a la falta de financiación para la contratación de personal.

En la rama de la causa de planning no realizable, se menciona como causa que hay muchos imprevistos, esto debido, por un lado, a la falta de organización desde dirección, que hará que los puestos superiores no logren llevar a cabo otras tareas y terminen delegando más trabajo, lo cual se convierte en trabajo urgente para el personal impidiendo que cumplan sus tareas planificadas. Por otro lado, otra causa serían los numerosos contratiempos entre beneficiarios. Estos contratiempos se deben a problemas de salud, causados a su vez por problemas como la desnutrición, falta de higiene y malas condiciones de vida y, por otro lado, a las discusiones y peleas entre beneficiarios debido a que entre ellos tienen malas relaciones.

En cuanto a las consecuencias del problema, se menciona la menor higiene alimentaria (en estos centros se proporciona alimentación diaria para las personas beneficiarias), lo cual agravaría enfermedades o propiciaría su aparición, resultando en malas condiciones físicas que propician el abandono escolar y del centro, y finalmente en unas peores condiciones de vida y mayor riesgo de ejercer mendicidad o prostitución.

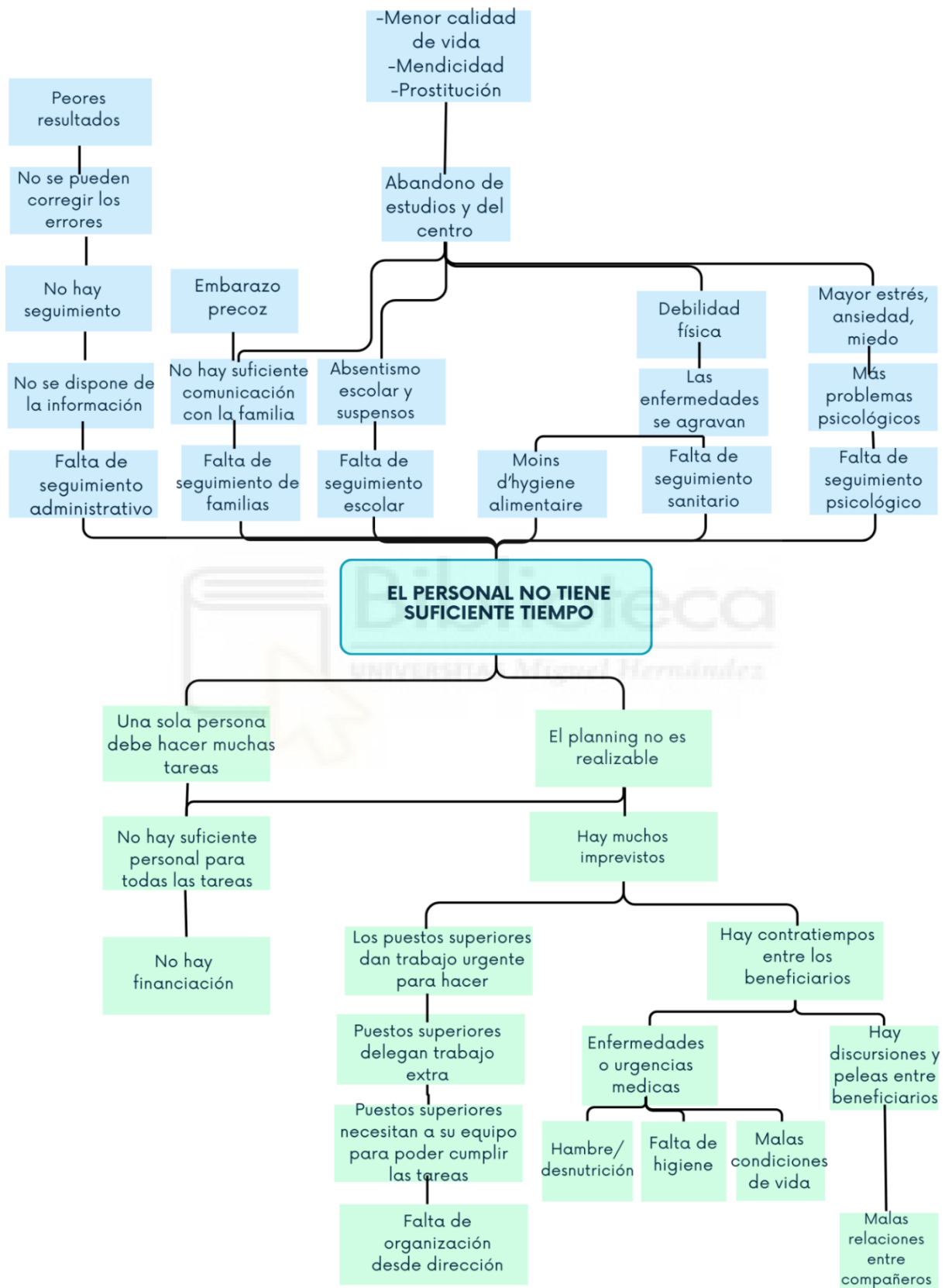
El resto de las consecuencias principales son ligadas a que los sistemas de seguimiento de diferentes ámbitos (administración, familiar, escolar, sanitario, psicológico) no son llevados a cabo satisfactoriamente, con sus respectivas consecuencias como unos peores resultados en el proyecto por no tener información que permita corregir errores, una comunicación con la familia deficiente que aumentaría el riesgo de embarazo precoz o abandono de

estudios, peor situación de salud y más riesgo de sufrir problemas psicológicos. Finalmente, este abandono de estudios/peor situación de salud física o mental pueden resultar a su vez en peores condiciones de vida, mendicidad y prostitución.

Se realizó posteriormente el árbol de soluciones (figura 19), donde se representan los problemas en positivo visualizando una situación ideal, permitiendo la selección de diferentes actividades para la propuesta.

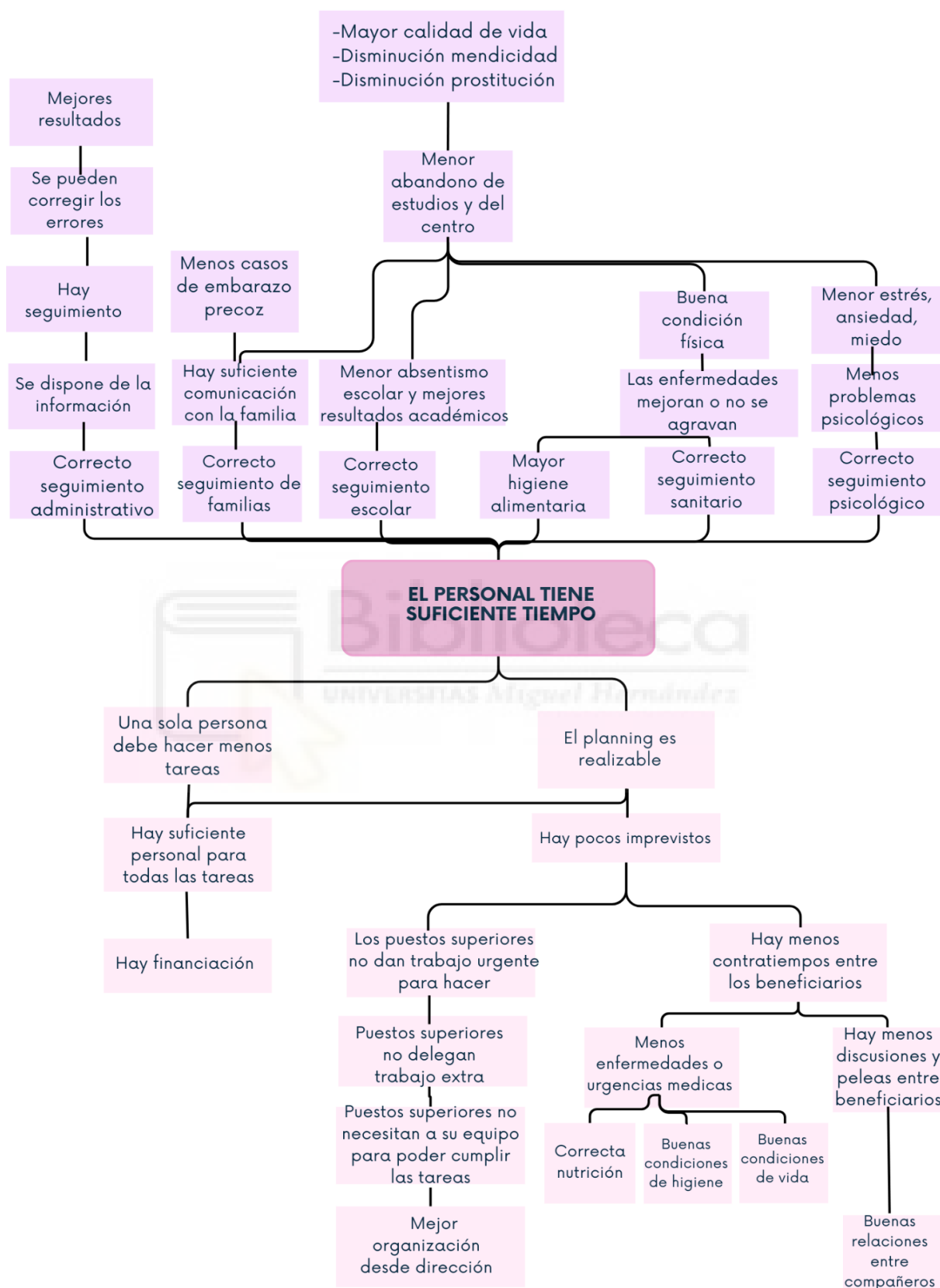


Figura 18: Árbol de problemas del grupo social.



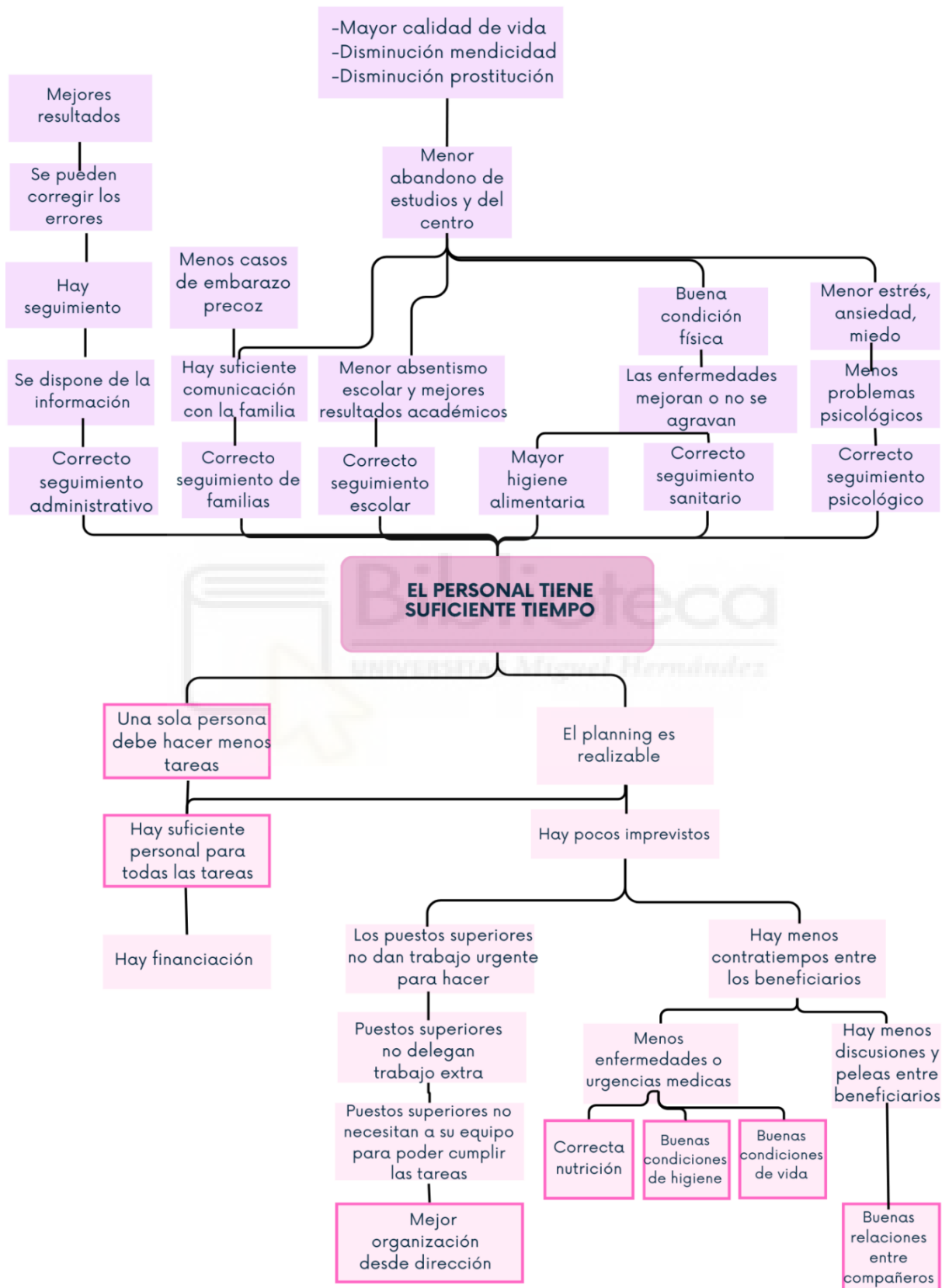
Fuente de elaboración propia.

Figura 19: Árbol de soluciones del grupo social.



Fuente de elaboración propia.

Figura 20: Árbol de estrategia del grupo social.



Fuente de elaboración propia.

Figura 21: Tabla de propuesta social

PROPUESTA CENTROS SOCIALES (HOGAR SOCIAL, CENTRO DE DÍA, CENUTS)

Mejora del funcionamiento del sector social

QUÉ	CÓMO	QUIÉN
Contratar a más personal	-Reclutamiento: entrevistas, cuestionarios	-Recursos humanos, coordinadora social y dirección
Mejorar la organización desde dirección	-Ejecutar las tareas según el planning -Mejorar el trabajo en equipo organizándose con reuniones y preparándose previamente.	-Dirección, coordinadora, asistente, compañeros de trabajo
Mejorar las condiciones del hogar social y centro de día	-Establecer: distribución de tareas, reglas de convivencia (reglamento interno) -Mejorar la higiene en las instalaciones -Dar responsabilidad a los beneficiarios -Más material como juegos, libros, actividades, decoración	-Educadoras con coordinadora, beneficiarios y dirección
Talleres de sensibilización sobre higiene	-Para beneficiarios y padres -Para la sociedad general (fuera del centro)	-Educadoras y responsable de salud, plataforma de sociedad civil
Crear actividades colectivas	-Actividades manuales y funcionales -Reciclaje -Juegos cooperativos -Juegos de mesa -Juegos educativos	-Educadoras con dirección, beneficiarios y padres
Variedad en las comidas	-Adaptadas (más individualizadas o personalizadas) -Planificar los cambios en las comidas o formas de preparar -Usar ingredientes de temporada	-Cocineras, educadoras, coordinadora, responsable de compras, dirección, departamento de salud
Contratar a padres y madres	-Guardar, jardinero, vaciado de WC -Adaptados a sus competencias	-Dirección, recursos humanos, coordinadora, educadoras

Fuente de elaboración propia.

Tras la realización de los árboles de problemas y soluciones se seleccionaron y propusieron diferentes actividades para la propuesta (figura 20 y 21) y se seleccionó como título el siguiente: 'Mejora del funcionamiento del sector social'.

Como actividad para solucionar el problema de que el personal debía hacer muchas tareas diferentes, se propuso la contratación de más personal.

Para conseguir un planning que pueda realizarse, se proponen actividades enfocadas, por un lado, a mejorar la organización desde dirección. Para la rama de contratiempos, se proponen diversas actividades que actuarían desde la base del problema, es decir, buscando mejorar las condiciones de vida de los beneficiarios para que haya menos problemas de salud y mejorar las relaciones interpersonales para evitar peleas. Para ello hay acciones destinadas a la mejora organizacional dentro de los centros, adquisición de material, realización de talleres sobre higiene, crear más variedad en las comidas para favorecer la adherencia y que tengan una mejor nutrición, crear actividades colectivas y finalmente, contratar a padres y madres para aquellas tareas que se adapten a sus habilidades y competencias (de esta forma indirectamente mejorarían las condiciones de vida de las personas beneficiarias).

6. Discusión

El desarrollo del presente trabajo ha permitido, a través de las entrevistas y observación participante, comparar la visión y prácticas tradicionales de curación con prácticas de personas con formación oficial, comprendiendo aspectos del contexto como la importancia de las creencias, y por otro lado, conocer el funcionamiento de la ONG y sus procedimientos respecto a prevención y tratamiento de cuestiones relacionadas con la salud.

Posteriormente, mediante un análisis participativo de la situación relacionado con la salud, se pudieron identificar diversas problemáticas asociadas al funcionamiento de la ONG y sus recursos humanos y económicos, así como de índole socioeconómica de los propios beneficiarios de la ONG, y gracias a ello, plantear propuestas destinadas a actuar sobre dichos problemas.

6.1 ‘Medicina’ tradicional en Madagascar, personal sanitario cualificado y barreras de acceso a la salud.

En Madagascar existen diversas figuras de curación tradicional como curanderos y masajistas. Este tipo de personas puede ser la primera línea de atención ante problemas sanitarios de gran parte de la población, especialmente de bajos recursos, debido a la cercanía, confianza, tradición y bajo coste de sus servicios. Gran parte de sus habilidades se atribuyen a factores mágicos o espirituales, y es común en sus tratamientos los rituales y tratamientos con plantas medicinales, estos medios naturales han sido utilizados por la humanidad durante siglos diferentes contextos socioeconómicos, pero son particularmente atractivos en áreas desfavorecidas o situaciones económicamente emergentes en todo el mundo (28). Es probable que esto se deba a la recuperación relativamente fácil de estos principios bioactivos del medio ambiente, a un costo bajo o nulo, así como a la facilidad de administración y al cumplimiento popular general con respecto a su consumo/ingesta. Madagascar, entre otros países emergentes, es uno de los países más conocidos por el uso difundido de remedios naturales de principios activos de origen botánico (28). Según los hallazgos de la observación

participante hay interés en este tipo de terapias y en conseguir la asociación entre lo tradicional y lo médico o científico.

Por su parte, los profesionales de la salud cuentan con una capacitación y formación adecuada, además de servicios que podrían resultar de especial interés para la ONG, como es el TSMAS (terapia de estimulación malnutrición aguda severa), sin embargo, encuentran barreras en cuanto a recursos y acceso a formación continuada, y dentro de la ONG, barreras para el acceso a servicios de salud por parte de los beneficiarios ligados a la cultura, tradiciones y coste.

La observación participante también nombra barreras de acceso a servicios de salud por causas como la cultura, coste y la desconfianza.

Podría por lo tanto ser de interés crear vínculos con figuras de curación tradicional y personal sanitario para incentivar el acceso a través de la confianza, así como para proyectos conjuntos de prevención de la salud.



6.2 Enfoques participativos para la mejora de la salud

Los beneficios de los enfoques participativos y empoderadores para la salud comunitaria han sido ampliamente reportados en la literatura e incluyen mejores iniciativas de atención médica (29). Esta herramienta puede mejorar la salud a través de un proceso social donde las comunidades están empoderadas para identificar y desarrollar soluciones prácticas a sus problemas de salud, ya que pueden involucrarse activamente en la definición de sus problemas mientras toman medidas para lograr el cambio, garantizando así que las estrategias utilizadas sean culturalmente aceptables.

Pone en evidencia la necesidad de abordar la salud de una manera multifacética, entendiendo que mejorar la salud requiere un enfoque holístico, más allá de los conocimientos y la influencia exclusivos de profesionales de la salud capacitados (29).

Permite al personal de investigación obtener una mejor comprensión de las fortalezas, desafíos y oportunidades de la comunidad. Este beneficio es de particular relevancia en la investigación sobre equidad en salud, en la que las

diferencias culturales y socioeconómicas entre la comunidad y los investigadores académicos potencialmente impiden la identificación de los problemas y el descubrimiento de sus causas fundamentales. Asociarse con la comunidad puede mejorar la comprensión cultural, el respeto mutuo y aumentar la comprensión de las condiciones sociales y físicas (30).

Existe evidencia sólida de que las intervenciones de participación comunitaria tienen un impacto positivo en los comportamientos de salud, las consecuencias para la salud, la autoeficacia y los resultados de apoyo social percibidos, y cierta evidencia sugiere que las intervenciones que mejoran las desigualdades sociales (medidas por el apoyo social) también mejoran los comportamientos de salud. Las intervenciones de participación comunitaria son efectivas en una amplia gama de contextos aumentando la probabilidad de éxito de una intervención (31–33).

Tras poner en práctica metodologías participativas en este caso con el equipo de la ONG Bel Avenir, se analizó la situación de tres perfiles de beneficiarios diferentes dando como resultado tres propuestas de acción.

Para el grupo CAIF se identificaron problemas ligados principalmente a la falta de atención hacia los/las niños/as tanto por parte de los padres y madres como por parte de las cuidadoras a cargo en el centro. La propuesta abarca soluciones muy diversas pero conectadas entre sí, como el fomento de los puestos de empleo, poniendo solución tanto a la falta de personal como al refuerzo de capacidades y recursos de las madres y padres, ya que el reclutamiento se haría a través de ellos. Se mejoraría además el acceso a servicios sanitarios ya que se crearían puestos para el acompañamiento a centros sanitarios y dar asistencia al personal de salud. La formación, por otro lado, está destinada tanto a cuidadoras como a beneficiarias sobre temáticas diferentes, mediante colaboraciones con el hospital o centros de salud, y con las beneficiarias, reforzando vínculos con sus hijos/as y mejorando la atención hacia ellos/as.

Vemos por lo tanto soluciones que dan protagonismo a la participación de madres, padres y educadoras, junto con la creación de nuevos vínculos externos para reforzar conocimientos en salud.

Para el grupo de educación (Salinas, CASEM-Sport) se identificaron problemas relacionados con la falta de recursos materiales para atención sanitaria y práctica deportiva, y causas ligadas a la falta de personal experimentado, esto debido como causas de base a que o bien no se forma al personal, no se contrata personal experimentado, o que el personal no permanece en la empresa por motivos de ambiente de trabajo, salario insuficiente, no sentirse valorado o el no respeto de horarios. Todo esto hace que no se esté brindando una atención sanitaria, nutricional y psicosocial suficiente.

La propuesta se centra entonces por un lado en estrategias para la obtención de material, y por otro se enfoca en tener personal experimentado en la empresa. Para conseguir esto último se proponen tres ejes de acción, la contratación de personal cualificado, la formación continuada del personal para mejorar la asistencia en salud y psicosocial, y la mejora del ambiente de trabajo, cohesión, valorización del personal, así como la mejora de sus condiciones laborales.

Para el grupo de centros sociales, el problema principal se debe a que no se pueden cumplir los objetivos del planning y de seguimiento por falta de tiempo, ya que no hay suficiente personal y además hay muchos contratiempos, relacionados con una falta de organización previa desde puestos superiores y con problemas ligados a las condiciones de vida y relaciones de los beneficiarios. Cuestiones relacionadas se pudieron ver previamente durante la observación participante, con los problemas de comunicación entre personal generando tensiones y la preocupación por el estado psicológico de las niñas, que acaba desembocando en 'crisis'.

Para optimizar el funcionamiento de este sector, se proponen soluciones centradas además de en la contratación, en la mejora desde la base de los problemas, por un lado organizando mejor la comunicación y planificación con puestos superiores, y por otro, con actividades destinadas a mejorar la salud y nutrición de los beneficiarios, así como mejorar las relaciones entre ellos.

De manera general, las consecuencias finales que se producen de los problemas analizados en los tres grupos son un empeoramiento de la salud física, psicológica y social, y por lo tanto también de la calidad de vida de las personas.

En consecuencia, a través de estas estrategias se estaría actuando no solo a nivel de prevención de problemas de fisioterapia, sino también en la mejora de aspectos generales de la salud física, mental y social.

6.3 Fisioterapia y salud basada en determinantes sociales.

Estudios previos que han utilizado metodologías participativas para cuestiones relacionadas con la fisioterapia han mostrado resultados favorables (34-37). Involucrar a los usuarios en el proceso de diseño de las intervenciones puede ayudar a aumentar la apropiación de las soluciones. Las metodologías de diseño participativo pueden producir resultados valiosos al capturar las diversas actitudes, necesidades, preferencias y motivaciones de los participantes, aumentando además la autoestima y la confianza en sí mismos (34–37).

Actualmente la profesión de fisioterapia, al igual que otras profesiones sanitarias, sigue actuando fundamentalmente desde una perspectiva biomédica, centrada en el propio organismo. Aunque se conoce el enfoque biopsicosocial y de determinantes puede haber dificultades para integrarlo y tenerlo en cuenta en la práctica. La responsabilidad social a su vez es un valor profesional del que los fisioterapeutas pueden carecer de conocimiento o tener dificultades para integrarlo en su práctica. También se ha sugerido que es posible que los fisioterapeutas no se perciban a sí mismos como capaces de ejercer una acción en la justicia a nivel social (38). Vemos un ejemplo de esto también en cuestiones relacionadas con la desigualdad de género. Los talleres participativos son un espacio de intercambio donde la discusión o ausencia de estos temas puede ayudarnos a comprender el contexto en cuestiones de género. De igual manera, impulsar que las cuestiones de género mencionadas se vean reflejadas en las propuestas sería un aspecto que trabajar.

Como se ha visto en el presente trabajo, las metodologías participativas pueden ser una gran herramienta para conseguir tener en cuenta estos aspectos en una comunidad, hemos visto cómo aunque algunas de las consecuencias están ligadas a problemas de fisioterapia, las causas detectadas por los propios participantes son de diverso índole, sobre aspectos que un profesional no podría

tener en cuenta por sí mismo, y mucho menos si, como en este caso, pertenece a un contexto diferente.

6.4 Limitaciones

Tras la elaboración de las tres propuestas, se realizó una prueba piloto de priorización de propuestas y actividades. Esta priorización serviría para, o bien enfocarse en el desarrollo de una de las tres propuestas, o bien seleccionar actividades clave y descartar otras, y crear una sola propuesta conjunta.

La prueba se realizó a través de un formulario de Google de forma online debido a la imposibilidad de realizarlo presencialmente. Previamente se solicitó el email al personal y se comunicó el envío del formulario. Una semana más tarde se envió otro mail de recordatorio para su cumplimentación, así como también se solicitó a personal de dirección que hagan un recordatorio en la reunión semanal de coordinadores. Sin embargo, la participación fue muy baja, poniendo de manifiesto la importancia de la presencialidad en este tipo de procesos, por lo que no se realizó la priorización.

Otras dificultades ligadas a la participación surgieron durante la realización del trabajo. Aunque mantener el interés de los participantes durante todo el proceso puede ser una tarea difícil propia de la acción participativa, otras causas influyeron en la disminución de la participación, como puede ser la carga de trabajo del personal.

Puesto que los talleres se realizaron en horario de oficina, en varias ocasiones coincidían con otras tareas o reuniones propias de cada puesto de trabajo, lo cual imposibilitaba la participación. Esto, además de los cambios de hora y lugar repentinos, pudo ocasionar la baja participación de los últimos talleres. Tampoco se pudieron repartir las invitaciones impresas para cada taller; lo cual se mostró efectivo para el primer taller; debido precisamente a que la hora y lugar para los talleres no se mantuvieron estables.

Un mayor apoyo desde el departamento directivo, dando más prioridad a la realización de los talleres y coordinando para que sea compatible con el resto de actividades, hubiera influido favorablemente en la participación.

Por otro lado, la barrera del idioma y la dificultad para contar con intérpretes. Esto hubiera permitido plantear acciones implicando más a las propias personas beneficiarias de los proyectos.

En cuanto a limitaciones relacionadas con el desarrollo del trabajo por parte del investigador, la limitada experiencia previa en metodología formal fue una dificultad para el diseño del trabajo en las fases previas, así como para el desarrollo en cuanto a la realización de entrevistas, la observación participante, y la organización y dinamización de los talleres.



7. Implicaciones

Como aspectos de mejora para intervenciones futuras con metodologías similares, el diseño debe dar importancia desde el inicio a la observación participante, pues es una herramienta que ayudará al investigador a comprender el contexto y poder relacionar la información posteriormente, comprendiendo la importancia de cada tema. El apoyo e interés de la organización con la que se va a llevar a cabo el proceso es también fundamental, tanto para la obtención de información como para poder llevar a cabo satisfactoriamente las acciones participativas.

Estas acciones, deberían buscar incluir en la medida de lo posible, a los destinatarios finales de las propuestas, que en este caso serían los beneficiarios. Para ello será necesaria también la colaboración de los miembros de la organización, que harán posible la interacción con los mismos, sobre todo cuando existan barreras idiomáticas y culturales.

Para el caso concreto de este trabajo, el siguiente paso a seguir tras la obtención de las tres propuestas es la priorización. Para que esta priorización sea eficaz, deberá realizarse de forma presencial, invitando a la participación a miembros de todos los departamentos de la ONG. Por medio de la priorización se elegiría una de las propuestas o bien se elaboraría una propuesta transversal, combinando las actividades más votadas de varios de los proyectos, evaluando en tal caso la factibilidad de cada actividad en sí misma, puesto que algunas pueden ser dependientes de otras.

Algunas actividades por ejemplo podrían servir como ampliación de los proyectos existentes, para los cuales ya se obtiene financiación, o como optimización de los mismos. También podría ser una propuesta independiente ligada a esos proyectos, con un financiador distinto.

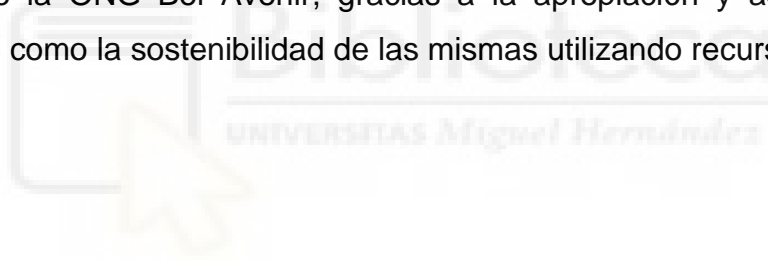
En cualquier caso, para dar continuidad al proceso participativo, se debería implicar a las personas trabajadoras como miembros activos en la toma de decisiones para la implementación de las actividades seleccionadas, impulsando así el éxito del proyecto, y tener en cuenta para su implementación, la equidad de género, el respeto a los derechos humanos y la sostenibilidad del propio proyecto.

8. Conclusión

Los problemas de salud relacionados con la fisioterapia en Madagascar son abordados por perfiles tanto tradicionales como profesionales sanitarios cualificados, encontrar la forma de involucrar ambos perfiles en la atención sanitaria podría ser una herramienta útil para mejorar el acceso a la salud.

Los resultados del presente trabajo muestran estrategias de mejora de aspectos relacionados con la fisioterapia desde una perspectiva de salud global. Tras los análisis realizados de forma participativa se puede apreciar cómo múltiples aspectos están interconectados e interrelacionados, mostrando diferentes determinantes de la salud y abre la perspectiva a ejes de acción muy diversos, gracias a la intersectorialidad del equipo.

La metodología participativa se ha mostrado efectiva para desarrollar tres propuestas de acción, con sus respectivas actividades, para implementar en los proyectos de la ONG Bel Avenir, gracias a la apropiación y adecuación al contexto, así como la sostenibilidad de las mismas utilizando recursos locales.



10. Bibliografía

1. Notre histoire | ONG Bel Avenir [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ongbelavenir.org/qui-sommes-nous/histoire/>
2. L'École des Salines | ONG Bel Avenir [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ongbelavenir.org/proyectos/ecole-des-salines/>
3. Le centre d'Art et de Musique | ONG Bel Avenir [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ongbelavenir.org/proyectos/cam/>
4. Écoles socio-sportives | ONG Bel Avenir [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ongbelavenir.org/proyectos/ecoles-sociosportives/>
5. Centro de Atención integral a la Mujer - Agua de Coco [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://aguadecoco.org/proyectos/centro-de-atencion-integral-a-la-mujer/>
6. Foyer pour adolescentes en risques d'exclusion | ONG Bel Avenir [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ongbelavenir.org/proyectos/residence-adolescentes/>
7. Les centres d'éducation nutritionnelle | ONG Bel Avenir [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ongbelavenir.org/proyectos/centres-d-education-nutritionnelle/>
8. Madagascar - The World Factbook [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/madagascar/>
9. Esperanza de vida al nacer, total (años) - Madagascar | Data [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=MG>
10. Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos) - Madagascar | Data [Internet]. [citado 4 de

- febrero de 2024]. Disponible en:
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?locations=MG>
11. Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (% del total) - Madagascar | Data [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en:
https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.BRTC.ZS?locations=MG&most_recent_value_desc=true
 12. Indicadores de desarrollo mundial | El Banco Mundial [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://wdi.worldbank.org/table/WV.2>
 13. Malnutrición [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
 14. Aiga H, Abe K, Andrianome VN, Randriamampionona E, Razafinombana AR, Murai T, et al. Risk factors for malnutrition among school-aged children: a cross-sectional study in rural Madagascar. BMC Public Health [Internet]. 17 de junio de 2019 [citado 4 de febrero de 2024];19(1). Disponible en: [/pmc/articles/PMC6580631/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35480631/)
 15. Makoni M. Madagascar's battle for health. Lancet [Internet]. 23 de marzo de 2019 [citado 4 de febrero de 2024];393(10177):1189-90. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673619306828/fulltext>
 16. Mortality rate attributed to unsafe water, unsafe sanitation and lack of hygiene (per 100,000 population) - Madagascar | Data [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en:
https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.WASH.P5?locations=MG&most_recent_value_desc=true
 17. Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de \$1,90 por día (2011 PPA) (% de la población) - Madagascar | Data [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.DDAY?locations=MG>
 18. Discapacidad [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://www.bancomundial.org/es/topic/disability>

19. ANNUAL MEMBERSHIP CENSUS 2022 MADAGASCAR.
20. This is a repository copy of Physiotherapy in Madagascar: current challenges and opportunities for development. 2020 [citado 4 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1861483>
21. Guerrero CC. TESI DOCTORAL Discapacidad y «fisioterapia» tradicional en África Oeste.
22. Université d'Antananarivo [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.univ-antananarivo.mg/guide/index.php/formation>
23. Alberich T, Arnanz L, Basagoiti M, Belmonte R, Bru P, Espinar C, et al. Textos, sistematización y producción. [citado 4 de febrero de 2024]; Disponible en: www.redcimas.org
24. Monitoreo Evaluación Frans Geilfus P. 80 HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO PARTICIPATIVO. [citado 4 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://www.iica.int>.
25. Escobar MB, Escobar RA. Construcción y aplicación de un árbol de problemas transdisciplinar en práctica asistencial. Revista Virtual Ciencia y Salud [Internet]. 2018;10(2):14-31. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.22519/214>
26. UCI. El Análisis del Árbol de Problemas. Elap [Internet]. 2013; Disponible en: https://ucipfg.com/Repositorio/ELAP/Cursos-Libres/PPGSA/Modulo_3/MC_3/HT1_U3.pdf
27. Comisión Europea. Comisión Europea-EuropeAid Manual de Gestión del Ciclo del Proyecto. 2001;1-69. Disponible en: <https://bit.ly/2KCdD67>
28. La Mesa C, Ranalison O, Randriantseheno LN, Risuleo G. Natural Products from Madagascar, Socio-Cultural Usage, and Potential Applications in Advanced Biomedicine: A Concise Review. Molecules [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 5 de febrero de 2024];26(15):4507. Disponible en: [/pmc/articles/PMC8348691/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/348691/)

29. Kretchy IA, Okoibhole LO, Sanuade OA, Jennings H, Strachan DL, Blandford A, et al. Scoping review of community health participatory research projects in Ghana. *Glob Health Action* [Internet]. 2022 [citado 5 de febrero de 2024];15(1). Disponible en: [/pmc/articles/PMC9677985/](#)
30. Springer M V., Skolarus LE. Community-based participatory research: Partnering with communities. *Stroke* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 5 de febrero de 2024];50(3):e48. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6594378/](#)
31. O'mara-Eves A, Brunton G, Mcdaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*. 2013;1.
32. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One* [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 5 de febrero de 2024];14(5). Disponible en: [/pmc/articles/PMC6510456/](#)
33. Wallerstein N, Duran B. Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research: The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. *Am J Public Health* [Internet]. 1 de abril de 2010 [citado 5 de febrero de 2024];100(Suppl 1):S40. Disponible en: [/pmc/articles/PMC2837458/](#)
34. Janols R, Sandlund M, Lindgren H, Pettersson B. Older adults as designers of behavior change strategies to increase physical activity— Report of a participatory design process. *Front Public Health* [Internet]. 21 de diciembre de 2022 [citado 5 de febrero de 2024];10. Disponible en: [/pmc/articles/PMC9811391/](#)
35. Pereira VR, Coimbra VCC, Cardoso C de S, Oliveira NA, Vieira ACG, Nobre M de O, et al. Participatory methodologies in research with children: creative and innovative approaches. *Rev Gaucha Enferm*

- [Internet]. 18 de mayo de 2017 [citado 5 de febrero de 2024];37(spe):e67908. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/czTLtbpmB6Zh9KhFpbBkPtp/?lang=en>
36. Lyng KD, Larsen JB, Birnie KA, Stinson J, Hoegh MS, Palsson TS, et al. Participatory research: a Priority Setting Partnership for chronic musculoskeletal pain in Denmark. *Scand J Pain* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 5 de febrero de 2024];23(2):402-15. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35918804/>
37. Mooses K, Vihalemm T, Uibu M, Mägi K, Korp L, Kalma M, et al. Developing a comprehensive school-based physical activity program with flexible design - from pilot to national program. *BMC Public Health* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 5 de febrero de 2024];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33413288/>
38. Fryer C, Sturm A, Roth R, Edwards I. Scarcity of resources and inequity in access are frequently reported ethical issues for physiotherapists internationally: an observational study. *BMC Med Ethics* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 5 de febrero de 2024];22(1). Disponible en: </pmc/articles/PMC8290210/>

9. Anexos

Anexo 1: Guión de entrevistas

GUIÓN PARA ENTREVISTAS

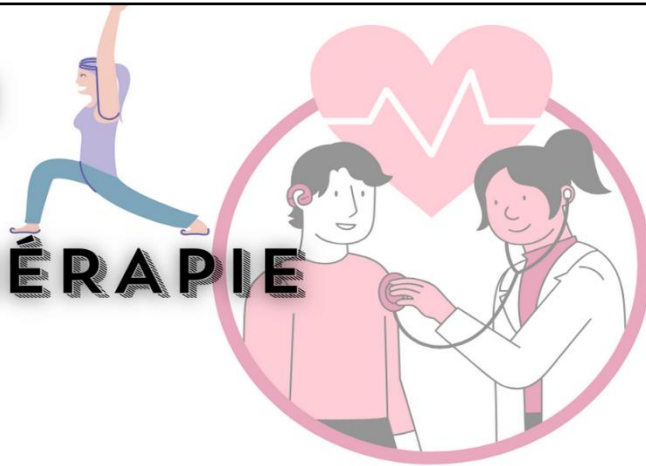
Presentación y agradecimiento por recibirnos.

- Motivos de consulta y tipo de perfil de paciente:
 - Dolor musculoesquelético
 - Problemas para caminar
 - Niños (retraso en el desarrollo, parálisis cerebral infantil, ...)
 - Personas mayores
 - Problemas neurológicos (ictus, hemiplejia)
 - Fracturas (rehabilitación o tratamiento)
 - Contusiones
 - Problemas respiratorios
 - Suelo pélvico / pre-post parto (incontinencia urinaria, prolapso, diástasis)
 - Otros problemas médicos
- ¿Qué tipo de prácticas efectúa?
- ¿Cómo ha aprendido? (familiar, formación/curso, maestro...)
- ¿Desde cuándo lo hace?
- ¿Qué materiales se utilizan?
- ¿Qué coste tienen los servicios? ¿Es accesible para la población general?
- ¿Dónde lo hace?
- ¿Es un trabajo a tiempo completo? Trabajo individual o con alguien más? (equipo, asistente...)
- ¿Sabe de otros masajistas/curanderos/fisioterapeutas en el barrio/ciudad?

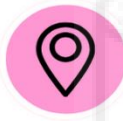
Conclusión y agradecimientos.

Anexo 2: Invitaciones talleres participativos.

RÉUNION PROJET KINÉSITHÉRAPIE



Vendredi 24 Nov. 10h.



Salle Suivi-Evaluation



Objectifs:

- Identification des besoins en kinésithérapie
- Elaborer de façon participative des propositions de projet
- tous les départements peuvent participer**

ET UN GOÛTER À LA FIN DE LA RÉUNION!



RÉUNION 2 PROJET KINÉSITHÉRAPIE



Mardi 28 Nov. 16:00h.



Salle Suivi-Evaluation



Objectifs:

- Identification des besoins en kinésithérapie (groupe Salines-CASEM-Sport)
- Elaborer de façon participative des propositions de projet
- tous les départements peuvent participer**

ET UN GOÛTER À LA FIN DE
LA RÉUNION !



RÉUNION 3

PROJET

KINÉSITHÉRAPIE



Mercredi 6 Dic.



Salle Suivi-Evaluation



Objectifs:

- Identification des besoins en kinésithérapie (groupe Social)
 - Elaborer de façon participative des propositions de projet
- tous les départements peuvent participer**



ET UN GOÛTER À LA FIN DE
LA RÉUNION !

