



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

SET DE INSTRUMENTE PENTRU PARTICIPARE SOCIALĂ



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

SET DE INSTRUMENTE PENTRU PARTICIPARE SOCIALĂ

Metode și tehnici pentru asigurarea participării sociale a populațiilor de romi și a altor grupuri sociale la proiectarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea politicilor și programelor care au ca scop îmbunătățirea sănătății acestora

Autori:

Francisco Francés
Daniel La Parra
María Asunción Martínez Román
Gaby Ortiz-Barreda
Erica Briones-Vozmediano

Interuniversity Institute
of Social Development and Peace

Universitatea din Alicante

Sinteză

Setul de instrumente pentru participare socială a fost elaborat pentru a ajuta diversele părți interesate să promoveze participarea socială la proiectarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea strategiilor, programelor și/sau activităților de îmbunătățire a sănătății populației. Acest document este destinat utilizării de către decidenții politici, coordonatorii de proiecte, profesioniștii și organizațiile neguvernamentale implicate în promovarea participării sociale a populației generale, inclusiv a romilor și a altor grupuri sociale (înțelegându-se că procesele de participare socială trebuie să includă în mod explicit, dar nu exclusiv, romii). Setul de instrumente cuprinde o listă detaliată de metode și tehnici pentru promovarea participării sociale pe parcursul proceselor de elaborare a politicilor, oferind exemple și studii de caz bazate în principal pe experiențele în domeniul promovării participării sociale a romilor din Europa.

Cuvinte-cheie

PARTICIPARE SOCIALĂ

PARTICIPAREA CONSUMATORILOR – metode

FURNIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE – organizare și administrare

ROMI

Adresați cererile referitoare la publicațiile Oficiului Regional pentru Europa al OMS la:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Danemarca

Alternativ, completați un formular de cerere online pentru documentație, informații în domeniul sănătății sau pentru permisiunea de a cita sau traduce, pe site-ul Oficiului Regional (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISBN 978 92 890 5140 8

© Organizația Mondială a Sănătății 2016

Toate drepturile rezervate. Oficiul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății salută cererile privind permisiunea de reproducere sau traducere parțială sau integrală a publicațiilor sale.

Denumirile utilizate și prezentarea materialelor din prezenta publicație nu implică exprimarea vreunei opinii a Organizației Mondiale a Sănătății privind statutul juridic al vreunei țări, teritoriu, oraș, zone ori autorități a acestora sau cu privire la delimitarea frontierelor sau granițelor respective. Liniile punctate de pe hărți reprezintă linii aproximative ale frontierelor care este posibil să nu fie încă stabilite integral.

Menționarea anumitor societăți comerciale sau a produselor anumitor producători nu implică faptul că acestea sunt avizate sau recomandate de Organizația Mondială a Sănătății ca fiind preferate altor societăți comerciale sau produse de natură similară care nu sunt menționate. Exceptând erorile și omisiunile, denumirile produselor brevetate sunt diferențiate prin inițiale majuscule.

Organizația Mondială a Sănătății a luat toate măsurile rezonabile de precauție pentru a verifica informațiile conținute în prezenta publicație. Totuși, materialul publicat este distribuit fără niciun fel de garanție, expresă sau implicită. Responsabilitatea pentru interpretarea și utilizarea materialului revine cititorului. În nicio situație, Organizația Mondială a Sănătății nu va răspunde pentru pagubele care decurg din utilizarea materialului. Opiniile exprimate de autori, editori sau grupurile de experți nu reprezintă în mod necesar deciziile sau politica declarată a Organizației Mondiale a Sănătății.

CUPRINS

Mulțumiri	iv
Contribuții	v
Abrevieri	vi
Cuvânt înainte	vii
1. INTRODUCERE	1
Context	1
De ce acest set de instrumente?	1
Cine poate utiliza setul de instrumente?	2
Descrierea setului de instrumente	2
Cum se utilizează setul de instrumente	3
Bibliografie	3
2. PREZENTAREA CONCEPTULUI DE PARTICIPARE SOCIALĂ	4
Care este definiția operațională a participării sociale?	4
Nivelurile și gradele de participare socială	5
Dimensiunile participării sociale	5
Principalele bariere în calea participării romilor	6
Factori favorizanți ai participării sociale	7
Schema procesului de participare	8
Bibliografie	11
3. METODE ȘI TEHNICI PARTICIPATIVE	12
Diagnosticare	16
Planificare	35
Implementare	49
Monitorizare	57
Evaluare	66
Bibliografie	68
4. EVALUAREA PARTICIPĂRII SOCIALE	70
Evaluarea nivelului de participare socială	70
Evaluarea caracterului incluziv	71
Evaluarea intensității	71
Evaluarea influenței	72
Evaluarea egalității de gen	72
Bibliografie	74
5. MANUALE ONLINE PRIVIND METODELE PARTICIPATIVE	76

Mulțumiri

Printre participanții la o întâlnire inițială pe tema sănătății romilor organizată de Grupul Societății Civile pentru Romi privind Dreptul la Sănătate, care a avut loc în ianuarie 2012 la Bruxelles, s-au numărat foarte multe persoane cărora trebuie să le mulțumim, inclusiv activiști romi locali și internaționali în domeniul aspectelor de sănătate în rândul populației rome la nivel comunitar în Albania, Bulgaria, Bosnia și Herțegovina, Croația, Republica Cehă, Ungaria, Muntenegru, România, Serbia, Slovacia, Spania, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei și Turcia. De asemenea, au fost prezenți reprezentanți ai mai multor organizații interguvernamentale, inclusiv OMS, Oficiul Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului, Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare, Fondul Națiunilor Unite pentru Populație, Fondul Națiunilor Unite pentru Copii și Organizația Internațională pentru Migrație.

Diferite instituții și revizori individuali au contribuit la produsul final, prin procesul de producție și revizuire. Autorii doresc să le adreseze pe această cale mulțumiri pentru contribuție; sugestiile, comentariile, critica și perspectivele furnizate de aceștia au oferit orientări încă de la începutul acestui proiect. Recunoscând aceste contribuții, conținutul final rămâne responsabilitatea integrală a autorilor, care ar dori, de asemenea, să mulțumească Grupului Societății Civile pentru Romi privind Dreptul la Sănătate, pentru contribuția acestei organizații, precum și lui David Ingleby (Universitatea din Amsterdam) pentru coordonarea proiectului IS1103 din cadrul acțiunii pentru cooperare europeană în domeniul științelor și tehnologiei; Tomás Rodríguez-Villasante (Universitatea Complutense din Madrid, Spania); Maja Saitovic (Fundația pentru o Societate Deschisă); Charles Price, Petia Nenova, Philippe Roux, Canice Nolan, Kasia Jurczak, Lorena Androutsou, Axelle Cheney, Ilona Negro, Dora Husz, Lina Papamichalopoulou, Jana Balazova, Arnaud Senn și Sven Matzke (Comisia Europeană); Tünde Buzetzky (Secretariatul Inițiativei Deceniul de Incluziune a Romilor); Isabel Mihalache (Consultant independent pe problemele romilor și egalitatea de gen); Ana Oprisan (rețeaua ERGO); și Leena Eklund Karlsson (Universitatea Danemarca de Sud).

Dorim să exprimăm aprecierea noastră deosebită pentru Piroška Östlin, manager de program, Vulnerabilitate și Sănătate în cadrul Oficiului Regional pentru Europa al OMS, care a facilitat contactul cu revizorii și instituțiile implicate în proiect, a coordonat producția acestui set de instrumente și a oferit asistență în diseminarea acestuia.

Autorii ar dori, de asemenea, să mulțumească Fundației pentru o Societate Deschisă care au oferit finanțare pentru editarea, designul și tipărirea acestui set de instrumente.

Francisco Francés
Daniel La Parra
María Asunción Martínez Román
Gaby Ortiz-Barreda
Erica Briones-Vozmediano

Contribuții

Institutul Interuniversitar pentru Dezvoltare Socială și Pace, Universitatea din Alicante, Spania (Centrul de Colaborare al OMS pentru Incluziune Socială și Sănătate)

Francisco Francés, Daniel La Parra, Maria Asunción Martínez Román, Gaby Ortiz-Barreda, Erica Briones-Vozmediano

Catedra de Sociologie II, Universitatea din Alicante, Spania

Francisco Francés, Daniel La Parra

Catedra de Asistență Socială, Universitatea din Alicante, Spania

Maria Asunción Martínez Román

Catedra de Asistență Medicală Comunitară, Medicină Preventivă și Sănătate Publică și Istoria Științelor, Universitatea din Alicante, Spania

Erica Briones-Vozmediano

Catedra de Promovare a Sănătății și Dezvoltare, Universitatea din Bergen, Norvegia

Gaby Ortiz-Barreda

Abrevieri

CLAS¹ Comunitățile locale de administrare a sănătății
DAW Diviza Organizației Națiunilor Unite pentru promovarea drepturilor femeilor
UE Uniunea Europeană
GRAS Scara de evaluare pe baza integrării dimensiunii de gen
HSUO Ombudsmanul utilizatorilor serviciilor de sănătate
IOM Organizația Internațională pentru Migrație
LCC Consiliul Comitatului Leicestershire
ODM Obiectiv de dezvoltare al mileniului
ONG Organizație neguvernamentală
NHS Serviciul Național de Sănătate din Regatul Unit
OHCHR Oficiul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului
OSF Fundația pentru o Societate Deschisă
PAR Cercetare pentru elaborarea acțiunilor participative
PSL¹ Programe locale în domeniul sănătății
PSP Planificare strategică participativă
Romani CRISS – Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii
SRAP Prevenirea dependenței de droguri în comunitățile de romi și sinti
SWOT puncte tari, puncte slabe, oportunități, amenințări (analiză)
PNUD Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
UNFPA Fondul Națiunilor Unite pentru Populație
UNICEF Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

¹ Acronim în limba spaniolă

Cuvânt înainte

Una dintre cele mai grave deficiențe în cadrul multor strategii, programe și activități în domeniul sănătății este faptul că acestea sunt planificate, concepute, implementate, monitorizate și evaluate pe baza unei abordări de sus în jos, fără a lua în considerare abordarea la fel de importantă de jos în sus. Aceasta înseamnă că experții sunt cei care identifică problemele și formulează intervențiile, în timp ce problemele și soluțiile astfel cum sunt percepute de cei efectiv expuși riscurilor constituie rar baza de acțiune. Ceea ce trebuie să se modifice este definit în principal în termeni politici și profesionali fără ca cei vizați să aibă posibilitatea de a influența și controla diferiții determinanți ai sănătății. De exemplu, din cauza dezechilibrelor de putere și reprezentării scăzute a grupurilor sociale dezavantajate în cadrul organismelor de luare a deciziilor (atunci când există o astfel de reprezentare), aceste persoane pot foarte rar să își facă vocea auzită. Ca urmare, intervențiile și serviciile din domeniul sănătății concepute prin abordarea descendentă nu vor corespunde în mod necesar nevoilor în materie de sănătate ale grupurilor expuse riscurilor.

Politicile și activitățile în domeniul sănătății sunt cu atât mai adecvate cu cât comunitățile și grupurile țintă sunt implicate în toate aspectele dezvoltării, implementării și evaluării politicilor și programelor. Promovarea participării sociale a persoanelor la dezvoltarea politicilor este, de asemenea, conformă principiilor democratice. Crearea unor comunități rezistente, în care persoanele sunt abilitate și beneficiază de posibilitatea de a-și exprima nevoile și interesele în ceea ce privește dezvoltarea politicilor este una dintre acțiunile prioritare ale cadrului european de politică pentru sănătate și bunăstare (Sănătate 2020), aprobat oficial în cadrul celei de-a 62-a sesiuni a Comitetului Regional pentru Europa al OMS organizat la Malta, în septembrie 2012, la care au participat miniștrii sănătății și oficiali de rang înalt din cele 53 de țări ale OMS Regiunea Europa.

Crearea unui spațiu de participare socială pentru toate grupurile sociale – inclusiv pentru cele mai dezavantajate, precum românii – este esențială, însă nu este o sarcină ușoară. Acest set de instrumente, care a fost elaborat de Institutul Interuniversitar pentru Dezvoltare Socială și Pace de la Universitatea din Alicante (Centrul de Colaborare al OMS pentru Incluziune Socială și Sănătate) și publicat de Oficiul Regional pentru Europa al OMS, prezintă numeroase metode și tehnici care pot ajuta autoritățile guvernamentale, instituțiile și persoanele să creeze astfel de spații.

Dr. Piroška Östlin

Manager de program, Vulnerabilitate și Sănătate
Oficiul Regional pentru Europa al OMS

1. INTRODUCERE

Context

Prima variantă al documentului care a devenit acest set de instrumente a fost trimis spre revizuire participanților la întâlnirea inițială pe tema sănătății populației romo organizată de Grupul Societății Civile pentru Romi privind Dreptul la Sănătate (ianuarie 2012), urmărindu-se găsirea unor studii de caz și experiențe în care să fie implicate populațiile de romi. Documentul a fost, de asemenea, prezentat în cadrul reuniunii pentru îmbunătățirea politicilor în domeniul sănătății adresate romilor (organizată în perioada 28–29 noiembrie 2013 în Budapesta, Ungaria și găzduită de Facultatea de Științe ale Sănătății din cadrul Universității Semmelweis), în cadrul proiectului IS1103 al acțiunii pentru cooperare în domeniul științelor și tehnologiei „Adaptarea sistemelor de sănătate din Europa la diversitate”, coordonat de David Ingleby. O versiune mai detaliată a setului de instrumente a fost prezentată în cadrul reuniunii „Integrarea perspectivelor utilizatorilor provenind din rândul migranților și minorităților etnice în guvernarea serviciilor de sănătate: strategii, măsurători și impact” (organizată la 8–9 mai 2014 la Lisabona, Portugalia), care a abordat includerea/excluderea migranților și minorităților etnice în/din forumurile participative și a fost organizată, de asemenea, în contextul acțiunii pentru cooperare în domeniul științelor și tehnologiei (Adaptarea sistemelor de sănătate din Europa la diversitate).

De ce acest set de instrumente?

Acest set de instrumente a fost elaborat pentru a veni în sprijinul acțiunilor de promovare a participării sociale la proiectarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea strategiilor, programelor și/sau activităților de îmbunătățire a sănătății populației. Acest document prezintă un set de instrumente care ar putea fi aplicate pe parcursul tuturor etapelor procesului de elaborare a politicilor.

Setul de instrumente se bazează pe conceptele și principiile Comisiei OMS asupra determinantilor sociali ai sănătății (1):

Determinanții sociali ai sănătății sunt condițiile în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc, muncesc și îmbătrânesc. Aceste circumstanțe sunt determinate de distribuția veniturilor, puterii și resurselor la nivel global, național și local. Determinanții sociali ai sănătății sunt în cea mai mare parte responsabili pentru inechitățile existente în ceea ce privește sănătatea – diferențele nedrepte și evitabile în ceea ce privește starea de sănătate observate în interiorul țărilor și între țări.

Promovarea participării sociale este importantă pentru o distribuție mai egală a puterii. În acest context, participarea socială este considerată atât o modalitate, cât și un obiectiv al politicilor privind echitatea în domeniul sănătății. Astfel, echitatea în domeniul sănătății nu poate fi obținută fără participarea activă a populației vizate. Instrumentele descrise în acest set ar putea fi aplicate pentru a promova participarea socială, în vederea integrării efective a echității în strategiile, programele și activitățile din domeniul sănătății.

Acest set de instrumente a fost elaborat în contextul unui curs de instruire privind reorientarea strategiilor, programelor și activităților legate de obiectivele de dezvoltare ale mileniului (ODM) 4 și 5 în vederea unei mai mari echități în domeniul sănătății, cu un accent explicit (dar nu exclusiv) asupra populației rome. Cursul a fost organizat și facilitat în 2012 și 2013 de către Oficiul Regional pentru Europa al OMS în colaborare cu Institutul Interuniversitar pentru Dezvoltare Socială și Pace al Universității din Alicante (care este și Centrul de Colaborare al OMS pentru Incluziune Socială și Sănătate) și Ministerul Sănătății, Serviciilor Sociale și Egalității din Spania, cu implicarea a patru țări-pilot: Bulgaria, Muntenegru, Serbia și Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei. Cursul a fost organizat în cadrul unei inițiative de coordonare inter-agenții intitulată „Accelerarea acțiunilor în direcția ODM 4 și 5 în contextul inițiativei Deceniul de incluziune a romilor și în sprijinul strategiilor naționale de integrare a romilor”. Această inițiativă a fost facilitată de OMS, cu implicarea Fondului Națiunilor Unite pentru Populații (UNFPA), Oficiului Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului (OHCHR), Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD), Fondului Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF) și Organizației Internaționale pentru Migrație (IOM).

Setul de instrumente oferă exemple și studii de caz bazate în principal pe experiențele de promovare a participării sociale a populației rome în Europa. Se înțelege că procesele de participare socială trebuie să includă în mod explicit, dar nu exclusiv romii. Acest document este destinat utilizării de către factorii de decizie, coordonatorii de proiecte, profesioniștii și organizațiile neguvernamentale (ONG-uri) implicate în promovarea participării sociale a populației generale, inclusiv a romilor și a altor grupuri sociale.

Romii reprezintă un grup social eterogen și divers. De exemplu, normele în materie de gen pot varia de la o țară la alta, dar și în interiorul aceleiași țări. Din acest motiv, setul de instrumente nu poate oferi instrucțiuni detaliate despre cum poate fi promovată participarea socială pentru grupuri sociale specifice din cadrul unei populații. În fapt, s-a considerat că participarea socială nu poate fi promovată pe baza unor instrucțiuni fixe, deoarece procesul trebuie să fie constant adaptat momentului, locului și persoanelor.

Cine poate utiliza setul de instrumente?

Setul de instrumente a fost dezvoltat în special pentru factorii de decizie și profesioniștii din sectorul sănătății, precum și pentru cei din sectoare cu impact asupra sănătății populației.

ONG-urile dedicate romilor ar putea, de asemenea, valorifica acest set de instrumente pentru cel puțin două obiective: în primul rând pentru a susține promovarea participării sociale pe parcursul procesului de elaborare a politicilor din domeniul sănătății; și în al doilea rând pentru promovarea participării sociale la propriile proiecte în domeniul sănătății.

Setul de instrumente ar putea fi utilizat, de asemenea, în scopuri academice, drept ghid de referință asupra modului în care poate fi promovată participarea socială în sectorul sănătății (și în alte sectoare cu impact asupra sănătății populației).

Descrierea setului de instrumente

Setul de instrumente este împărțit în trei părți care urmează acestei introduceri, la sfârșitul fiecărei părți fiind prezentate referințe și informații suplimentare.

- » Capitolul 2 oferă o scurtă prezentare a conceptului de participare socială și a dimensiunilor acestuia.
- » Capitolul 3 este o listă detaliată de metode și tehnici (instrumente) de promovare a participării sociale pe parcursul procesului de elaborare a politicilor împărțit în diferite etape (diagnosticare, planificare, implementare, monitorizare și evaluare).
- » Capitolul 4 oferă o evaluare a componentelor proceselor de participare.

Cum se utilizează setul de instrumente

Acest document oferă un set de instrumente pentru promovarea participării sociale. Gama de instrumente indică dimensiunea strategiilor care pot fi aplicate, organizate în conformitate cu diferitele etape ale procesului de elaborare a politicilor (diagnosticare, planificare, implementare, monitorizare și evaluare). Lista instrumentelor nu este nici exhaustivă, nici obligatorie, ci mai degrabă oferă opțiuni care pot fi utile ca primă introducere în promovarea participării sociale. Fiecare proces de elaborare a politicilor va necesita selectarea și adaptarea tehnicilor specifice, în funcție de realitatea socială (timpul, oamenii, locul și cultura, printre altele), voința politică și alți factori, precum disponibilitatea resurselor și așteptările cetățenilor.

Pentru fiecare instrument, există trei secțiuni distincte.

- » O secțiune denumită „Descriere și obiective” explică principalele caracteristici ale tehnicii.
- » O secțiune denumită „Metoda” oferă o scurtă prezentare a modului în care trebuie să fie aplicată tehnica, împreună cu un link către o descriere mai detaliată a aplicării (recomandă consultarea referințelor furnizate pe parcursul documentului și la sfârșitul acestuia).
- » O secțiune „Studiu de caz” descrie experiența reală a aplicării instrumentului și cuprinde mai multe subsecțiuni, inclusiv: o descriere a contextului, o listă a obiectivelor, o descriere a dezvoltării procesului, detalii privind rezultatele și evaluarea experienței, sursele relevante și sugestii privind materiale suplimentare.

Bibliografie

1. Social determinants of health [Determinanții sociali ai sănătății]. Raport al Secretariatului. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății; 2012 (http://www.who.int/social_determinants/B_132_14-en.pdf?ua=1, accesat la 28 ianuarie 2016).

2. PREZENTAREA CONCEPTULUI DE PARTICIPARE SOCIALĂ

Care este definiția operațională a participării sociale?

A participa înseamnă a lua parte la ceva, dar și a juca un rol activ, în contextul de față, a influența deciziile publice care afectează comunitatea. Privită din această perspectivă activă, participarea presupune definirea în mod colectiv a ceea ce înțelege comunitatea că ar trebui să fie binele comun. Prin această viziune conceptuală a participării, femeile și bărbații ca persoane nu mai joacă un rol pasiv în procesele de planificare și în gestionarea chestiunilor publice; în schimb, aceștia își asumă un rol central de agenți sociali, având propria lor semnificație, ca membri ai rețelelor sociale, ca părți interesate, colective sau individuale, cu o gamă largă de posibilități de a lua parte la deciziile publice care îi afectează.

Pe baza definițiilor clasice oferite în literatura de specialitate relevantă, OMS subliniază la rândul său această idee, înțelegând participarea ca (1):

[U]n proces prin care oamenilor li se dă posibilitatea de a se implica activ în definirea aspectelor de interes pentru ei, în luarea deciziilor referitoare la factorii care le afectează viețile, în formularea și implementarea politicilor, în planificarea, dezvoltarea și furnizarea serviciilor și în luarea măsurilor pentru realizarea schimbării.

În 1978, vizând în mod special sfera sănătății, Conferința Internațională privind Îngrijirile Primare de Sănătate a declarat că participarea în domeniul sănătății este (2):

[P]rocesul prin care persoanele și familiile își asumă responsabilitatea pentru propria lor sănătate și bunăstare și pentru sănătatea și bunăstarea comunității și își dezvoltă capacitatea de a contribui la dezvoltarea lor personală și a comunității. Persoanele și familiile ajung să își înțeleagă propria situație mai bine și sunt motivate să găsească soluții la problemele comune. Astfel, pot deveni agenți ai propriei lor dezvoltări, în loc să fie beneficiari pasivi.

Caseta 2.1 propune o altă definiție a participării în domeniul sănătății, iar Caseta 2.2 prezintă unele dintre motivele pentru care implicarea romilor în luarea deciziilor privind politicile în domeniul sănătății este importantă.

Caseta 2.1 Propunere de definiție operațională a participării în domeniul sănătății

O definiție operațională a participării în domeniul sănătății ar putea fi: procesul de reflecție colectivă prin care populației i se dă posibilitatea de a genera informații importante în domeniul sănătății și de a delibera pe baza acestor informații pentru a lua decizii prin mecanisme participative, în colaborare cu instituțiile responsabile pentru acestea, cele două părți fiind implicate împreună în planificarea și implementarea ulterioară a acestor decizii.

Caseta 2.2 De ce este importantă participarea romilor?

Mai jos, am enumerat unele puncte care subliniază de ce este importantă participarea romilor în politicile din domeniul sănătății.

- » Colectivitățile și persoanele anterior absente sau excluse – atât femei, cât și bărbați – pot fi incluse în controlul alocării resurselor și serviciilor.
- » Auto-conștientizarea propriei persoane și cunoștințele în materie de sănătate în rândul populației rome pot fi îmbunătățite prin gândire colectivă.
- » O abordare transversală a dezvoltării comunității poate fi implementată prin apariția unor solicitări cuprinzătoare venite din partea populației, nu neapărat legate de sănătate (deși asociate acesteia).
- » Resursele și satisfacțiile combinate pot fi identificate de bărbații și femeile din cadrul populației.
- » O mai mare implicare și un mai mare nivel de angajament din partea populației pot fi generate în ceea ce privește luarea deciziilor, ca urmare a unui context interactiv identificat de populație și perceput de aceasta ca venind din partea sa, mai degrabă decât prin soluții impuse din exteriorul culturii respective.
- » Eficiența și eficacitatea acțiunilor instituționale pot fi îmbunătățite dacă se permite planificarea pe baza cererii, în locul planificării pe baza ofertei.
- » Noi canale de comunicare între diferite niveluri instituționale sau administrative – și populația romă – pot fi generate sau consolidate.
- » Vizibilitatea socială a organizațiilor comunitare rome poate fi îmbunătățită.

Nivelurile și gradele de participare socială

Participarea nu este atât de mult o chestiune de natură (adică existența sau inexistența participării în domeniul sănătății), ci mai degrabă o chestiune de grade (cu alte cuvinte, contexte cu un potențial participativ mai mare sau mai mic).

Orice persoană care utilizează acest set de instrumente ar trebui să aloce câteva minute de reflecție contextului în care își desfășoară activitatea în raport cu scenariul existent pentru participare. Decizia de a implementa un model de participare în detrimentul altuia în legătură cu comunitatea romă definește în mare măsură modul în care femeile și bărbații din această comunitate sunt văzuți și natura participării la acțiunea publică. Figura 2.1 prezintă mai multe modele de promovare a participării romilor în domeniul sănătății.

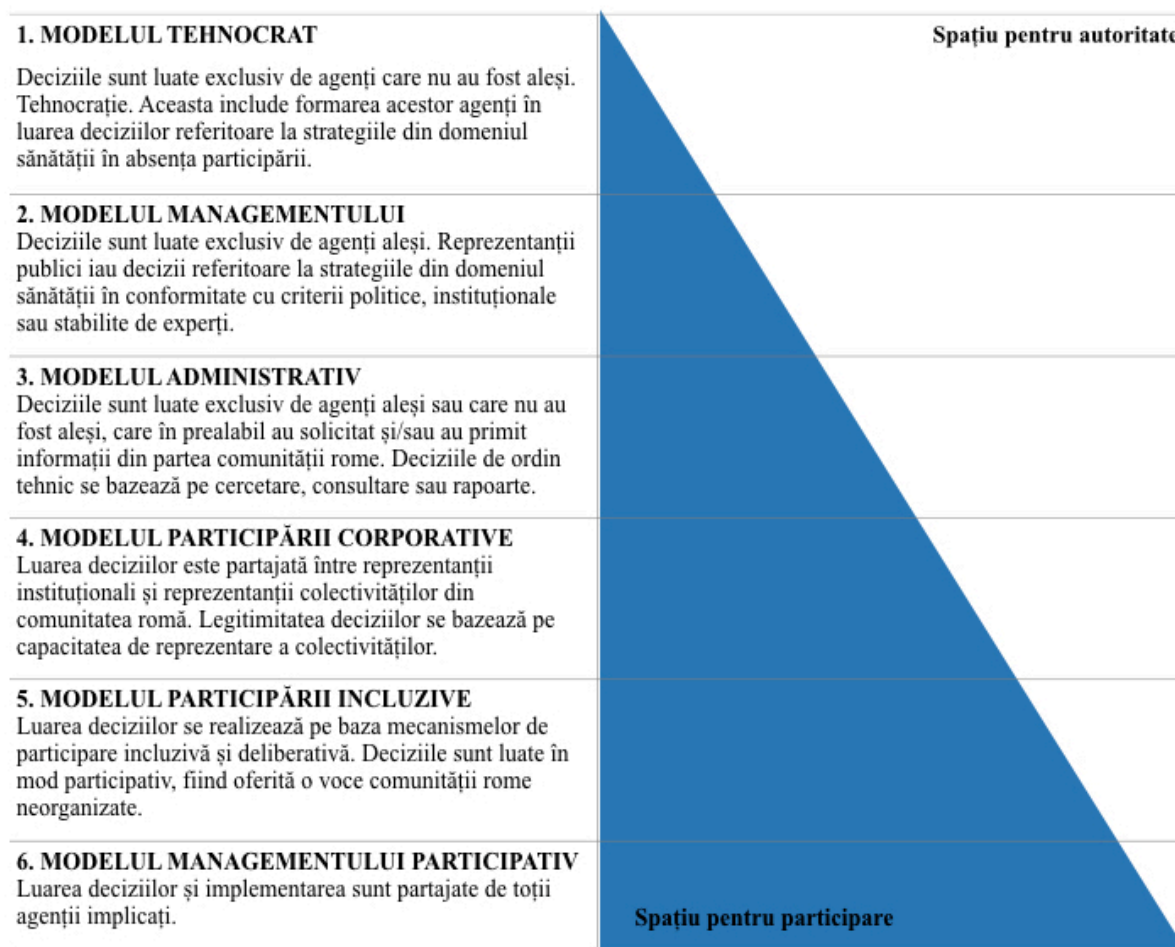
Dimensiunile participării sociale

Participarea este un concept multidimensional. Archon Fung a sistematizat cele trei dimensiuni principale ale oricărui context sau proces de participare, așa cum se prezintă în Caseta 2.3.

Caseta 2.3 Dimensiuni pentru evaluarea sferei proceselor participative

- » *Caracterul incluziv* reprezintă gradul de deschidere față de participarea persoanelor care nu au o organizare formală.
- » *Intensitatea* se referă la măsura în care participanții interacționează, fac schimb de informații și influențează procesul de luare a deciziilor în procesele de participare.
- » *Influența* cuprinde orientarea proceselor de participare în raport cu acțiunile guvernamentale sau ale instituțiilor.

Sursa: Fung (3).

Figura 2.1 Modele pentru încurajarea participării romilor în domeniul sănătății

Sursa: pe baza Tannenbaum și Schmidt (4).

Rolul participării sociale ca strategie eficace de reducere a inechității sociale în domeniul sănătății și de promovare a incluziunii sociale justifică necesitatea de a proiecta mecanisme participative capabile să evolueze pe cât posibil cu persoanele de etnie romă prezente în cadrul celor trei dimensiuni prezentate în Caseta 2.3. Cu alte cuvinte, procesele trebuie să fie cât mai incluziv posibil (permițând participarea oricărei persoane de etnie romă care dorește acest lucru), să dezvolte cea mai mare intensitate posibilă (permițându-le participanților să desfășoare toate acțiunile din cadrul procesului) și să aibă capacitatea de a influența politicile publice (recunoscând legăturile dintre deciziile la care se ajunge și acțiunile instituționale). Aceste dimensiuni pot fi evaluate cu ajutorul instrumentelor prezentate în Capitolul 3 al acestui set de instrumente.

Principalele bariere în calea participării romilor

Barierile care împiedică femeile și bărbații de etnie romă să participe la luarea deciziilor referitoare la politicile din domeniul sănătății care îi afectează ar putea fi generate de diferite surse și părți interesate. Barierele în calea participării pot fi identificate din modul în care instituțiile își înțeleg relațiile cu comunitatea romă. Altele se bazează pe caracteristicile interne ale colectivităților și organizațiilor în care este cristalizată participarea formală a

romilor. În cele din urmă, pot fi identificate bariere în calea participării și în cadrul comunității rome însăși. Principalele bariere în calea participării sunt rezumate în Figura 2.2.

Aceste bariere trebuie să fie luate în considerare în fiecare context în care scopul este acela de a activa mecanismele participative pentru a permite comunității rome să participe la proiectarea, planificarea sau implementarea programelor de sănătate. Unele dintre bariere pot fi eliminate, altele minimizate iar altele – chiar dacă nu pot fi eliminate – pot fi avute în vedere în momentul analizării situației înainte de lansarea unor procese participative.

Factorii favorizanți ai participării sociale

În marea majoritate a experiențelor legate de participarea în domeniul sănătății, promotorul proceselor participative este agentul instituțional sau administrativ de la diversele niveluri. Fără sprijin și angajament instituțional, este inutilă inițierea unui proces participativ având ca scop chiar generarea de programe care, în multe cazuri, trebuie dezvoltate de o instituție. De aceea, primul pas în cadrul unui proces care vizează participarea romilor în domeniul sănătății trebuie să fie angajamentul explicit din partea statului. Casetă 2.4 prezintă responsabilitățile guvernamentale în legătură cu participarea romilor în domeniul sănătății.

Obiectivul este acela de a crea un spațiu al participării, în vederea deliberării colective. Deliberarea este departe de a fi doar simpla reunire a diverselor interese; deliberarea le impune părților interesate să ajungă la un consens bazat pe cunoaștere în legătură cu factorii care contribuie la problemele existente, iar această cunoaștere este obținută prin interacțiune comunicativă între părțile interesate de la nivel social afectate de problemă.

Figura 2.2 Principalele bariere în calea participării romilor

Instituțiile, personalul tehnic și profesioniștii	Romii sau organizațiile și instituțiile
<ul style="list-style-type: none"> » Rasismul » Paternalismul » Discriminarea pe criterii de gen » Stilul tehnocrat și stilul managerial de gestionare » Ignorarea cererii și nevoilor » Punerea la îndoială a eficienței proceselor participative » Imaginea romilor ca utilizatori abuzivi ai sistemului de sănătate » Lipsa de referințe pentru inițiativele participative 	<ul style="list-style-type: none"> » Dificultatea reprezentării eterogenității interne (vârstă, gen, nivel de studii, situație profesională, zonă geografică) » Capacitate deficitară de gestionare și control al birocrăției » Viziune pesimistă asupra implicării bazei sociale » Informare limitată cu privire la acțiunile guvernamentale <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Baza socială</p> <ul style="list-style-type: none"> » Lipsa de informații » Lipsa de instruire » Statutul administrativ nereglementat » Problemele lingvistice și de comunicare » Neîncrederea în instituții » Lipsa canalelor de participare pentru populația neorganizată de romi </div>

Caseta 2.4 Responsabilitățile guvernamentale în inițiativele care au ca scop facilitarea participării romilor în domeniul sănătății

Guvernul ar trebui:

- » Să asigure condițiile politice și structurile tehnice, cu suficiente resurse pentru ca inițiativa să fie sustenabilă din punct de vedere social și economic, precum și adaptabilă la diferite contexte;
- » Să promoveze și să faciliteze instruirea pentru toate părțile interesate care intervin și iau parte la dezvoltarea de noi inițiative de participare;
- » Să caute și să instituie noi spații de reuniune și dezbateri (pe lângă cele existente), depunând eforturi pentru a se asigura că acestea nu sunt percepute de populația romă ca externe sau excesiv de instituționalizate;
- » Să genereze un cadru legal sau normativ care va permite participarea democratică directă a populației romă în sferile din domeniul sănătății care sunt deschise participării, responsabilității comune și luării deciziilor, inclusiv prin instituirea de noi structuri pentru comportamentul oficial care sunt desemnate acestui scop.

Sursa: pe baza Ruiz-Gimenez (5).

Caracteristicile unui spațiu participativ care promovează deliberarea colectivă includ:

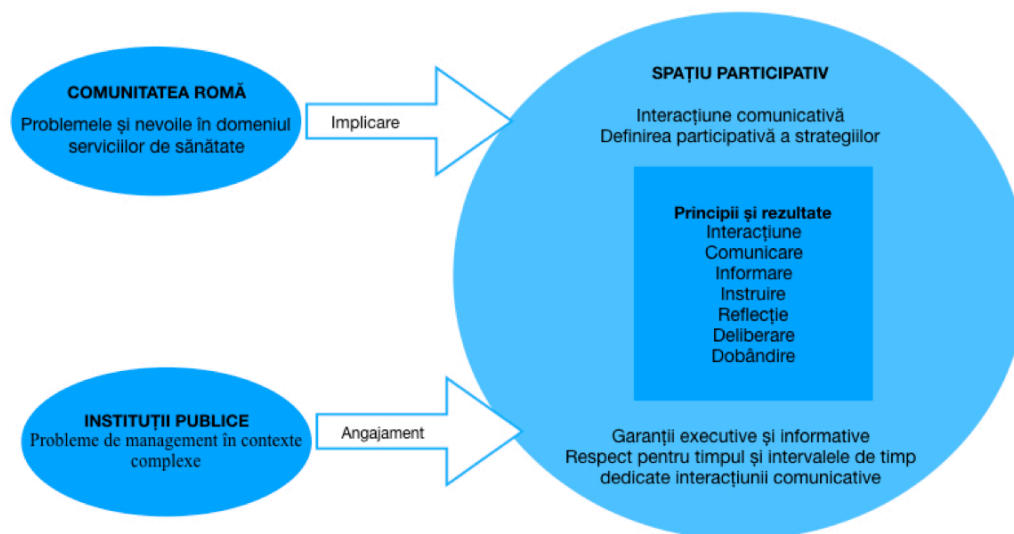
- » Comunicare orizontală, permițând tuturor părților interesate să contribuie cu informații;
- » Mobilizarea de resurse pentru instruire și dobândirea de cunoștințe legate de aspectele de sănătate relevante de către părțile interesate implicate, în special cele care vor beneficia în urma intervenției;
- » Suficient timp și intervale de timp pentru a permite dezbateri și ajungerea la un consens cu privire la forma participării romilor;
- » Adoptarea de decizii sau acorduri prin consens, nu prin relația majoritate-minoritate;
- » Reprezentare politică, tehnică și la nivelul comunității în cadrul spațiului de deliberare, pentru a se asigura că orice contribuții în cadrul procesului participativ se bazează pe consensul între toate părțile interesate din domeniul politicilor de sănătate.

Figura 2.3 prezintă structura unui astfel de spațiu al participării pentru implicarea romilor în aspectele legate de sănătate.

Schema procesului de participare

Conturarea schemei de bază a unui proces participativ nu este o sarcină facilă. Inițiativele de participare în domeniul sănătății cuprind diferite domenii de activitate și, în plus, una dintre caracteristicile procesului participativ este flexibilitatea metodologiei și conceptului său, ceea ce sporește dificultatea.

Figura 2.3 Structura spațiului participativ pentru implicarea populației romă în domeniul sănătății



Înainte de promovarea unei inițiative participative în domeniul sănătății, la nivel instituțional, tehnic sau profesional, este necesară stabilirea unei strategii prin care comunitatea romă să fie contactată și să i se solicite participarea. Decizia finală cu privire la strategia care trebuie adoptată în acest scop va determina în mare parte natura părților interesate care vor fi implicate în spațiul participativ și, astfel, maniera în care va fi construită relația dintre comunitatea romă și administrația publică. Există în esență trei opțiuni care în niciun caz nu se exclud reciproc (v. Figura 2.4).

Pentru a oferi o prezentare generală a etapelor unui proces participativ, poate fi conturată o schemă generală care să indice diversele acțiuni implicate în dezvoltarea unui astfel de proces pentru implicarea femeilor și bărbaților din comunitatea romă în strategiile din domeniul sănătății (v. Figura 2.5).

Figura 2.4 Strategii pentru abordarea activității de teren pentru participarea romilor la strategiile din domeniul sănătății

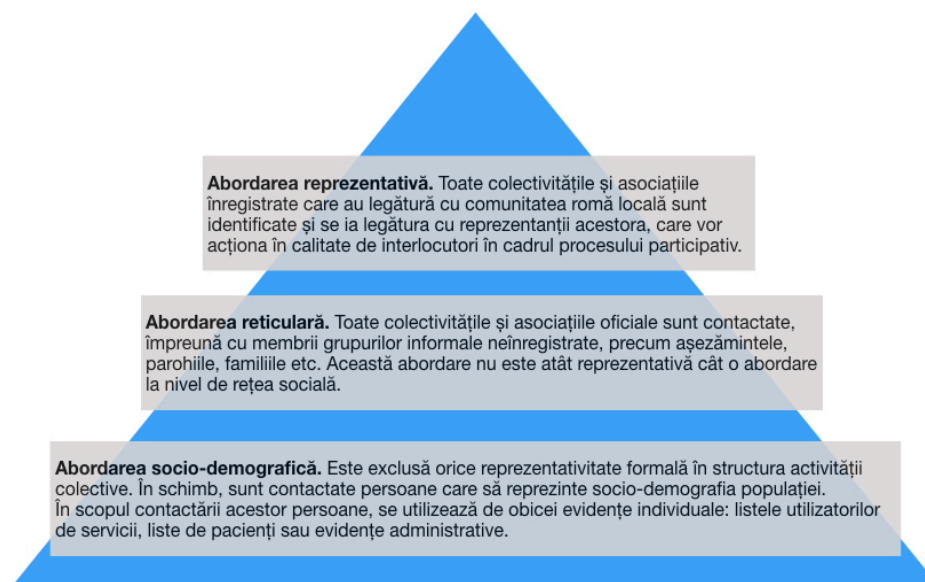
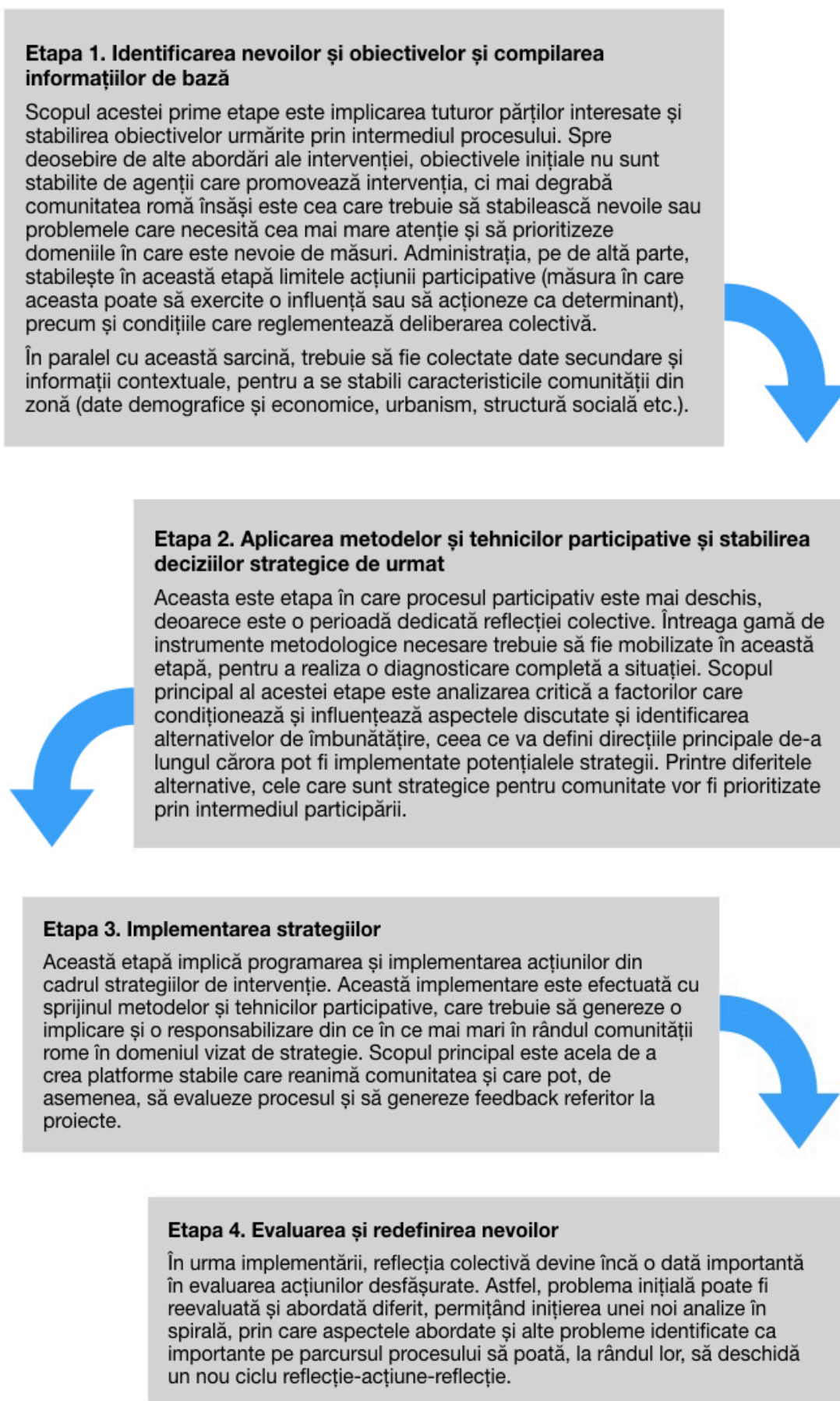


Figura 2.5 Pașii implicați în stabilirea participării romilor în aspectele legate de sănătate



Bibliografie

1. Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques [Participarea comunității la sistemul de sănătate și dezvoltarea durabilă locală: abordări și tehnici. Copenhaga: Oficiul Regional pentru Europa al OMS; 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101065/E78652.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).
2. OMS, UNICEF. Declarația de la Alma Ata. Conferința internațională asupra îngrijirilor primare de sănătate, Alma-Ata, URSS, 6–12 septembrie 1978. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății; 1978 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accesat la 28 ianuarie 2016).
3. Fung A. Varieties of participation in complex governance [Tipuri de participare în guvernanta complexă]. *Publ Admin Rev.* 2006;66(s1):66–75.
4. Tannenbaum R, Schmidt WH. How to choose a leadership pattern [Cum se alege un model de leadership]. *Harvard BusRev.* 1973;51:8–17 (<http://www.expert2business.com/itson/Tannenbaum.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).
5. Ruiz-Gimenez JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Espanol [Participare comunitară. Document de discuție privind modelul participării comunității în cadrul sistemului național de sănătate din Spania]. *Comunidad* 2005;8:62–73 (<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/participacionjlr-2.pdf>, accesat la 11 iunie 2015).

3. METODE ȘI TEHNICI PARTICIPATIVE

Acest capitol este împărțit în mai multe secțiuni pentru a studia diferitele metode și tehnici participative care ar putea fi aplicate în elaborarea programelor instituționale de integrare în domeniul sănătății (și domeniile asociate).

Fiecare secțiune include o descriere a instrumentului și a obiectivelor acestuia, etapele de bază pentru implementare și un exemplu efectiv de utilizare. Secțiunile sunt structurate în conformitate cu diferitele etape ale ciclului integral de intervenție:

- » diagnosticare
- » planificare
- » implementare
- » monitorizare
- » evaluare.

Această structură facilitează utilizarea tuturor instrumentelor în mod coordonat în momentul elaborării programelor sau în mod independent pentru fiecare etapă specifică. Fiecare instrument poate fi utilizat pentru promovarea unor dimensiuni și componente diferite ale participării. Descrierea instrumentului începe cu o casetă în care este detaliat impactul fiecărei tehnici sau metode în ceea ce privește (a) criteriile de participare, (b) componentele participării și (c) dimensiunile participării (a se vedea matricea criteriilor din Tabelul 3.1).

- (a) Criteriile de participare care vor fi utilizate în momentul evaluării participării sunt, de asemenea, prezentate (Tabelul 3.1).
- (b) Componentele participării sunt discutate în detaliu în Capitolul 4. Pentru fiecare componentă a participării este prezentată o listă a dimensiunilor, pentru a putea fi evaluată participarea (a se vedea Tabelul 3.1).
- (c) Dimensiunile participării sunt descrise în secțiunea 2.3. Acestea se referă la *caracterul incluziv/metodele de selecție a participanților* (gradul de deschidere față de participare al persoanelor care nu sunt organizate oficial); *intensitatea/modurile de comunicare și decizie* (măsura în care participanții interacționează, schimbă de informații și influențează deciziile în procesele participative) și *influența/autoritatea și puterea* (orientarea proceselor participative în raport cu acțiunile guvernamentale sau instituționale).

Aceste trei elemente pot fi utile pentru selectarea adecvată a unei tehnici pentru evaluarea participării sau a alteia. Selectarea unei tehnici trebuie să fie conformă cu dimensiunile și componentele care au fost identificate pentru îmbunătățire, astfel încât să se asigure o evaluare corespunzătoare.

În conformitate cu matricea criteriilor de evaluare a participării sociale, a fost conceput un tabel (Tabelul 3.2) care rezumă toate instrumentele prezentate în acest set de instrumente și

care prezintă relațiile dintre acestea și dimensiunile participării sociale și criteriile de evaluare.

Tabelul 3.1 Matricea criteriilor pentru evaluarea participării

Dimensiunea participării	Componentele pentru evaluarea participării	Criterii	Descriere
Metode de selectare a participanților/caracterul incluziv	Caracterul incluziv	Tip de participanți	Participanții includ politicieni, experți, profesioniști, ONG-uri, membri ai publicului general
Metode de selectare a participanților/caracterul incluziv		Incluziune efectivă	Sunt utilizate strategii pentru includerea grupurilor sociale care sunt în mod frecvent excluse (în funcție de gen, clasă socială, nivel de educație, ocupație). Un aspect care trebuie reținut: „vizare explicită, dar nu exclusivă” (însemnând că populația romă trebuie să fie inclusă, alături de alte grupuri sociale)
Moduri de comunicare și decizie/intensitate	Educație	Învățare	Participanții trebuie să dobândească cunoștințe în cadrul procesului
Moduri de comunicare și decizie/intensitate		Înțelegere	Participanții trebuie să înțeleagă obiectivele, acțiunile, limitele și sfera procesului
Moduri de comunicare și decizie/intensitate	Informare	Gestionarea informațiilor	Trebuie să se acorde atenție modului și momentului în care informația circulă în cadrul procesului, atât pe axa verticală (între niveluri), cât și pe axa orizontală (între sectoare și/sau părțile interesate)
Moduri de comunicare și decizie/intensitate		Raportare	Raportarea este esențială: trebuie să fie utilizate diferite moduri și spații pentru informarea participanților și a populației generale cu privire la proces și rezultate
Moduri de comunicare și decizie/intensitate	Discuții	Timp pentru discuții	Trebuie să se aloce timp și spațiu discuțiilor
Moduri de comunicare și decizie/intensitate		Tipuri de acorduri	Participanții trebuie să fie încurajați să ajungă la un consens/majoritate absolută, criteriile de atingere la un acord fiind stabilite în avans în rândul participanților
Moduri de comunicare și decizie/intensitate		Soluționarea conflictelor	Trebuie să fie utilizat un sistem pentru soluționarea conflictelor (de exemplu, intervenția agenților externi, împreună cu mecanisme interne)
Moduri de comunicare și decizie/intensitate	Decizie	Criterii de decizie	Sunt utilizate diferite criterii pentru ghidarea procesului de luare a deciziilor (echitate, egalitate, eficiență, sustenabilitate, responsabilizare)
Moduri de comunicare și decizie/intensitate		Transparență	Modul în care sunt luate deciziile trebuie să fie transparent
Moduri de comunicare și decizie/intensitate		Grad de participare	Participanții trebuie să fie implicați în producția și recepția de informații, luarea deciziilor, criteriile de decizie, dezvoltarea de idei și gestionarea rezultatelor

Dimensiunea participării	Componentele pentru evaluarea participării	Criterii	Descriere
Autoritate și putere/influență	Dezvoltare instituțională	Responsabilitate	Este important să se decidă cine este responsabil pentru procesul de participare
Autoritate și putere/influență		Norme	Trebuie să se asigure dezvoltarea legislativă pentru a susține participarea. Trebuie să se acorde atenție tipurilor de instituții utilizate pentru promovarea participării, precum și statutului juridic al instituțiilor respective
Moduri de comunicare și decizie/intensitate Autoritate și putere/influență		Sustenabilitate	Trebuie să se decidă dacă procesul de participare poate continua fără susținere oficială
Moduri de comunicare și decizie/intensitate Autoritate și putere/influență		Control	Trebuie să se aloce responsabilitatea pentru inspectarea și controlul acordurilor
Metode de selectare a participanților/caracterul incluziv Moduri de comunicare și decizie/intensitate Autoritate și putere/influență		Finanțare	Trebuie să se convină și să se aloce bugetul procesului de participare
Metode de selectare a participanților/caracterul incluziv Moduri de comunicare și decizie/intensitate Autoritate și putere/influență		Logistică	Sunt necesare anumite resurse (umane, tehnologice, spații) pentru promovarea participării)
Autoritate și putere/influență	Legătura cu politicile și acțiunea politică	Voința politică	Este necesară voință politică pentru promovarea participării și transformarea acordurilor în acțiune
Autoritate și putere/influență		Caracterul intersectorial	Pentru aplicarea rezultatelor, va fi necesar un angajament intersectorial
Autoritate și putere/influență		Intervale de timp	Trebuie să se aloce un interval de timp între acorduri și implementarea acestora
Autoritate și putere/influență		Elaborarea bugetului	Trebuie să se stabilească tipul și volumul de resurse pentru transformarea acordurilor în acțiune politică
Autoritate și putere/influență		Juridic	Este necesară asistență juridică în legătură cu acordurile
Autoritate și putere/influență		Angajament	Este necesar un anumit grad de angajament oficial pentru transformarea acordului în acțiune politică

Note. Mecanismele de participare variază pe baza a trei dimensiuni importante (conform Fung (1)): cine participă? (metode de selectare a participanților); b) cum comunică participanții între ei și iau decizii împreună? (moduri de comunicare și decizie); și c) cum sunt discuțiile legate de politică sau acțiunea politică? (autoritate și putere).
Surse: Fung (1); adaptare după Francés Garcia (2)

Tabelul 3.2 Rezumatul instrumentelor de evaluare a participării

Tehnici și metode participative	Dimensiunile participării			Componentele pentru evaluarea participării						Criterii de participare																	
	Metode de selecție a participanților	Moduri de comunicare și decizie	Autoritate și putere	Caracterul incuziv	Educație	Informare	Discuții	Decizie	Dezvoltare instituțională	Legătură cu politicile și acțiunea politică	Tip de participanți	Incluziune efectivă	Invățare	Întelegere	Gestionarea informațiilor	Tipuri de acorduri	Soluționarea conflictelor	Criterii de decizie	Transparență	Grad de participare	Responsabilitate	Norme	Sustenabilitate	Control	Finanțare	Logistică	Raportare
DIAGNOSTICARE																											
Diagnosticarea participativă																											
Sondajul participativ																											
Sondajul deliberativ																											
Fotografia participativă (Photo Voice)																											
Focus grupul																											
Diagrama situațională																											
Analiza SWOT																											
PLANIFICARE																											
Elaborarea participativă a bugetului																											
Juriul cetățenesc																											
Ateliere pentru scenarii viitoare																											
PAR																											
PSP																											
IMPLEMENTARE																											
Servicii de co-management																											
Spitalul prietenos																											
Programe pentru medietarii sanitari																											
MONITORIZARE																											
Monitorizare participativă																											
Consiliul participativ în domeniul sănătății																											
HSUO																											
EVALUARE																											
Evaluare participativă																											

Diagnosticare

Diagnosticarea participativă

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; timp pentru discuții; tipuri de acorduri; soluționarea conflictelor; grad de participare
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuții
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților; moduri de comunicare și decizie

Descriere și obiective

Diagnosticarea participativă presupune compilarea și sistematizarea informațiilor prin consultarea populației afectate de un domeniu specific de acțiune sociale, în acest caz, sănătatea publică.

Implică identificarea și înțelegerea problemelor și nevoilor într-un context dat, a cauzelor și evoluției acestora în timp, precum și a condițiilor și factorilor de risc și tendințele lor previzibile. Prin urmare, problemele și nevoile sunt clasificate în ordinea importanței, pentru a se stabili prioritățile și strategiile de intervenție, astfel încât fezabilitatea acestora să poată fi determinată în avans, având în vedere atât resursele disponibile, cât și agenții și forțele sociale implicate.

Metoda

Diagnosticarea participativă nu este atât o tehnică, cât o metodă sau o abordare colectivă strategică pentru studierea realității. Se bazează pe premisa că pentru rezolvarea unei probleme, toate părțile interesate trebuie să fie implicate și să aibă o voce în cadrul procesului.

Diagnosticarea începe cu negocierea obiectivelor care trebuie să fie atinse prin procesul participativ. Cel puțin trei agenți trebuie să fie prezenți în cadrul acestor negocieri: reprezentanții sau delegații comunității, personalul tehnic responsabil pentru domeniul sănătății implicat în diagnosticare și reprezentanții mediului politic sau instituțional. Fiecare dintre aceste părți interesate stabilește potențialele obiective ale diagnosticării în propria sferă (de exemplu, confirmarea principalelor probleme de sănătate în rândul populației, stabilirea de noi canale de mediere socială și în domeniul sănătății, îmbunătățirea unui anumit serviciu etc.). Pe baza acestor cerințe, care fac parte din imaginea de ansamblu, trebuie să se ajungă la un consens între toate părțile interesate privind definirea elementelor prioritare de reflecție colectivă.

Odată ce obiectivele sau cerințele sunt definite în comun, situația poate fi analizată. În mod normal, această analiză începe cu un proces inițial de auto-analiză. Părțile interesate exprimă modul în care percep și își explică problema și oferă o analiză a situației lor, pentru a fi observate orice contradicții, limitări și potențiale domenii care necesită eforturi suplimentare în viitor. Pe parcursul acestei etape, care implică o activitate separată cu fiecare parte interesată, personalul tehnic responsabil cu diagnosticarea trebuie să utilizeze tehnici de consolidare a informațiilor aplicate la nivel de grup: interviuri în grup, grupuri de discuție, grupuri tematice,

grupuri nominale, diagrame sociale, diagrame de flux etc. Toate aceste tehnici contribuie la poziționarea discursului fiecareia dintre părțile interesate implicate. Unele dintre aceste instrumente metodologice sunt descrise în detaliu în subsecțiunile următoare ale acestui capitol.

După finalizarea acestei etape de auto-analiză, discuțiile la nivel de grup pot să fie apoi promovate între diferitele părți interesate, astfel încât problema să poată fi abordată dintr-un unghi diferit, prin sinteză și prin feedbackul oferit de cercetător. Acest proces de reconsiderare contribuie la obiectivizare, implicând o descriere a problemei, o explicare a acesteia și posibile strategii de acțiune. În această etapă, dinamica de grup este în general utilizată sub forma atelierelor sau reuniunilor, cu un dublu scop. În primul rând, se utilizează ceea ce (în domeniul metodologiilor participative) se numește feedback; cu alte cuvinte, validarea în mințile participanților a informațiilor obținute în timpul etapei inițiale de reflecție. În al doilea rând, dinamica de grup în rândul părților interesate poate rezuma informațiile generate în cadrul procesului de diagnosticare pentru a se stabili, prin reflecție colectivă, elementele strategice esențiale necesare pentru transformarea realității inițiale în conformitate cu obiectivele care au fost stabilite (Figura 3.1). Se recomandă să se creeze grupuri care să cuprindă doar femei, doar bărbați și un grup mixt.

În conformitate cu acești parametri, rezultatul diagnosticării prezintă două aspecte care trebuie avute în vedere: pe de o parte, o descriere a analizei colective a realității curente și, pe de altă parte strategiile pentru stabilirea proiectelor sau acțiunilor care ar trebui întreprinse în viitor, pe baza generării de planuri de acțiune comune. Cu alte cuvinte, se recomandă o rețea vastă de părți interesate, pentru a se asigura că intervenția aplicată utilizează cât mai multe sinergii posibile. Studiul de caz 3.1 descrie un studiu al perspectivelor părților interesate utilizând diagnosticarea participativă în România.

Figura 3.1 Diagramă metodologică pentru diagnosticarea participativă



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Community-based participatory research: assessing the evidence. Evidence report/ Technology assessment number 99 [Cercetare participativă la nivelul comunității: evaluarea dovezilor. Raport de dovezi/evaluare tehnologie 99]. Rockville (MD):Agenția pentru Cercetare și Calitate în domeniul Serviciilor de Sănătate; 2004 (<http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cbpr/cbpr.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).

Sondajul participativ

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă
Componente pentru evaluarea participării	Educație; informare
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților

Descriere și obiective

Sondajul participativ urmează logica de cercetare a oricărui sondaj convențional, însă are o caracteristică specifică: membrii populației sunt cei care stabilesc conținutul și întrebările care vor fi adresate în chestionar, pe baza ipotezei că aspectele acoperite de sondaj trebuie să fie considerate importante de populație pentru a analiza și înțelege problema din domeniul sănătății care face obiectul diagnosticării.

Sondajul permite atingerea unor obiective duble. În primul rând, la fel ca în cazul oricărui sondaj, se obțin suficiente informații de la subiecți cu privire la zona vizată din domeniul sănătății. În al doilea rând, acesta permite un anumit grad de cunoaștere de sine și o reflecție colectivă inițială, deoarece membrii populației înșiși sunt cei care trebuie să delibereze asupra conținutului care urmează a fi abordat în chestionar, dezvoltând astfel o anumită capacitate de a analiza și prioritiza problemele care îi afectează.

De asemenea, este o resursă foarte utilă pentru desfășurarea de cercetări sau intervenții sociale și în domeniul sănătății în cazul resurselor limitate, atât materiale, cât și umane, deoarece chiar eșantionul este utilizat în acest scop.

Metoda

Sondajul participativ începe cu proiectarea chestionarului pentru diagnosticare. În cadrul dinamicii de grup sau a atelierelor, diferitele părți interesate reflectează asupra și discută conținutul care ar trebui să fie inclus în chestionar, precum și posibilele categorii de răspunsuri care ar trebui să fie prezente pentru fiecare întrebare și limbajul care urmează a fi utilizat, întocmind în cele din urmă chestionarul final.

După conceperea chestionarului, începe activitatea de teren, cu o dinamică în lanț. Echipa de profesioniști sau cercetători înmânează chestionarele femeilor și bărbaților care au participat la conceperea acestora, iar acești subiecți răspund la sondaj. De asemenea, li se dau copii suplimentare astfel încât, la rândul lor, să poată efectua sondajul cu alți subiecți și așa mai departe, până când se obține cea mai mare dimensiune posibilă a eșantionului. Eșantionul este în general nereprezentativ în termeni statistici și, prin urmare, nu permite extrapolări sau inferențe. Însă nu acesta este scopul tehnicii. În fapt, scopul este de a se asigura că se colectează informații de la o proporție cât mai mare posibilă a populației și, mai important, de a se crea pe parcursul întregului proces al activității de teren rețele de subiecți sau părți interesate care ar putea eventual să participe la orice acțiune convenită și efectuată ulterior diagnosticării. În componența rețelelor s-ar putea ține seama de importanța criteriilor de gen. În plus, se poate aștepta o creștere constantă a gradului de implicare în rândul populației, pe măsură ce aceasta începe să participe activ la diagnosticarea propriilor probleme. Acest lucru va minimiza, prin urmare, orice rezistență sau reacție negativă care ar putea fi generată de un studiu efectuat de

Studiu de caz 3.1 România. Sănătatea în rândul populației rome: perspectiva părților interesate implicate în sistemul de sănătate (medici, mediatori sanitari și pacienți)

Context

În 2008, Guvernul României a emis o hotărâre privind descentralizarea medierii sanitare în domeniul îngrijirilor de sănătate. Această hotărâre a fost pusă în aplicare în conformitate cu un proces de planificare conceput exclusiv de către administrație, fără consultarea societății sau a municipalităților cu privire la procesul de punere în aplicare. Având în vedere plângerile primite de la mediatori cu privire la dezechilibrele create, Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii (Romani CRISS) – o organizație caritabilă care apără drepturile populației rome în România – a efectuat un exercițiu de diagnosticare participativă (1).

Obiective

Obiectivele studiului au fost următoarele:

- ◆ înregistrarea percepțiilor populației rome cu privire la problemele de sănătate și accesul la serviciile de sănătate;
- ◆ integrarea într-un singur forum a opiniilor principalelor părți interesate implicate în sistemul de sănătate (medici, mediatori sanitari și pacienți).

Dezvoltarea procesului

Diferite tehnici de colectare a informațiilor au fost utilizate în diagnosticarea participativă. În total, au fost desfășurate 17 interviuri cu mediatori sanitari, fiind astfel obținut un corp de informații referitoare la condițiile de trai ale comunităților de romi și experiențele anterioare ale mediatorilor sanitari. În plus, au fost aplicate 400 de chestionare care au evaluat diferite aspecte, inclusiv planificarea familială, igiena, imunizarea și morbiditatea. Au fost organizate mai multe focus grupuri cu romi utilizatori ai sistemului de sănătate, în vederea constatării și discutării principalelor probleme și nevoi percepute de populația romă în domeniul serviciilor de sănătate (2).

Rezultatele și evaluarea experienței

Diagnosticarea a subliniat în mod colectiv importanța aspectelor precum: discriminarea cauzată de lipsa acreditării administrative (lipsa actelor de identitate, statutul de neasigurat) în rândul utilizatorilor romi; segregarea în maternități; discriminarea pe criterii etnice cu privire la ordinea în care pacienților li se oferă servicii de sănătate; utilizarea unui limbaj ofensator de către profesioniști; nevoia continuării formării profesionale în rândul mediatorilor sanitari; problemele legate de securitatea locului de muncă în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății și nevoia de a genera o presiune la nivelul Ministerului Sănătății în vederea lărgirii sferei și anvergurii diagnosticării.

Procesul de diagnosticare participativă a fost continuat până în anul 2011, cu diversificarea tehnicilor de colectare a informațiilor și extinderea sferei de studiu.

Bibliografie

1. Wamsiedel M, Jitariu C, Barbu S, Cnab T. Sănătate și comunitatea romă. Analiză asupra situației din România. Madrid: Romani Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii (CRISS); 2009 (<http://www.romanicriss.org/Sanatatea%20si%20comunitatea%20roma%20-%20analiza%20a%20situatiei%20din%20Romania.pdf>, accesat la 2 iunie 2015).
2. Wamsiedel M, Vincze E, Ionescu I. Roma health: perspective of the actors involved in the health system – doctors, health mediators and patients [Sănătatea populației rome: perspectivele actorilor implicați în sistemul de sănătate – medici, mediatori sanitari și pacienți]. București: Romani CRISS; 2012 (http://www.romanicriss.org/PDF/brosura%20osi_fara%20font_1_136.pdf accesat la 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Welschhoff A. Community participation and primary health care in India [Participarea comunității și serviciile de îngrijire primară în India] (disertație). München: Universitatea Ludwig Maximilian din München; 2007 (http://edoc.ub.uni-muenchen.de/6954/1/Welschhoff_Anja.pdf, accesat la 5 dec. 2014).

agenți din afara comunității.

După finalizarea activității de teren, chestionarele sunt înregistrate și formate de echipa tehnică. Aceste rezultate sunt diseminate și explicate prin intermediul atelierelor femeilor și bărbaților care au participat la conceperea sondajului. Cu toate acestea, ar putea fi util să fie integrate și alte persoane în grup, pe lângă agenții care au participat la activitatea de teren, în special acele persoane care au colaborat în cadrul interviurilor.

Informațiile sunt analizate și discutate în mod participativ de grupul de populație afectat cu ajutorul și asistența echipei tehnice, pentru a se obține o diagnosticare prin consens, pe baza datelor colectate (Figura 3.2). Studiul de caz 3.2 descrie un sondaj participativ efectuat în Detroit.

Figura 3.2 Diagrama metodologică pentru sondajul participativ



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Participatory polling in divided societies and in peacebuilding contexts [Sondajul participativ în societățile divizate în contextul consolidării păcii. Nicosia: Centrul pentru Pace Sustenabilă și Dezvoltare Democratică (SeeD); 2013 (<http://www.seedsofpeace.eu/research/participatory-polling/reports/item/80-participatory-polling-in-divided-societies-and-in-peacebuilding-contexts>), accesat la 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.2 Detroit (MI) (Statele Unite ale Americii). Sondaj participativ în cadrul comunității privind o intervenție în domeniul sănătății la nivel comunitar

Context

În 1996, din cauza rezultatelor nesatisfăcătoare în privința sănătății femeilor și copiilor în zona de est a orașului Detroit, East Side Village Health Worker (Parteneriatul pentru Servicii Sociale în Zona de Est) a lansat un proiect pentru proiectarea, implementarea și evaluarea unei intervenții în domeniul sănătății pentru abordarea factorilor asociați acestui grup populațional (1). Proiectul a vizat, de asemenea, identificarea resurselor instituționale, organizaționale și comunitare asociate cu sănătatea populației vizate de intervenții viitoare, cu contribuții din partea membrilor comunității în privința atât a factorilor de protecție, cât și a factorilor de risc. În acest scop, metoda decisă a fost cea a sondajului participativ.

Obiective

Obiectivele sondajului au fost următoarele:

- ◆ evaluarea motivelor de îngrijorare ale comunității cu privire la sănătate și resursele necesare pentru coordonarea intervenției;
- ◆ compilarea de date de referință pentru a evalua efectele intervenției asupra schimbării la nivelul comunității;
- ◆ sporirea participării comunității la elaborarea strategiilor de adaptare la situații, în vederea îmbunătățirii sănătății femeilor și copiilor.

Studiu de caz 3.2 continuare**Dezvoltarea procesului**

În primul rând, Village Health Worker a contactat organizațiile din cadrul comunității situate în partea de est a orașului Detroit cu experiență în colaborarea eficientă la nivel comunitar. Aceste organizații au colaborat cu mediul universitar și Departamentul pentru Sănătate (Department of Health) prin reuniuni periodice pe parcursul mai multor luni, pentru a defini populația vizată de studiu, conținutul chestionarului și cele mai adecvate proceduri pentru aplicarea acestuia.

Activitatea de teren a fost inițiată de nouă intervieutori din interiorul comunității, număr care a fost extins treptat la 23 de intervieutori, care au compilat un total de 700 de chestionare completate. După finalizarea activității de teren, a fost organizată o discuție pe o perioadă de mai multe luni cu privire la rezultatele și implicațiile sondajului, la care au participat mediatori, membri ai comunității, reprezentanți ai Departamentului pentru Sănătate și alte organizații, în vederea planificării intervenției.

Rezultatele și evaluarea experienței

Sondajul participativ a oferit informații cu privire la dimensiunile sănătății publice care au fost prioritizate de comunitate. Deoarece participanții înșiși au conceput chestionarul și au colectat informațiile, au fost dezvoltate moduri noi de înțelegere a relației dintre comunitate și problemele de sănătate. În acest scop, implicarea și sprijinul tehnic primite de la Departamentul pentru Sănătate și instituțiile universitare au fost esențiale. În plus, cercetarea a permis deschiderea unor noi canale de comunicare între administrația locală și comunitate.

Bibliografie

1. Schulz AJ, Parker EA, Israel BA, Becker AB, Maciak BJ, Hollis R. Conducting a participatory community-based survey for a community health intervention on Detroit's east side [Desfășurarea unui sondaj la nivelul comunității privind o intervenție în domeniul sănătății la nivelul comunității]. *J Public Health Manag Pract.* 1998;4:10–24.

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Nussbaum RH, Hooper PP, Grossman CM, Nussbaum FD. Community-based participatory health survey of Hanford, WA, downwinders: a model for citizen empowerment [Sondaj participativ în domeniul sănătății în comunitatea din aval din Hanford, WA]. *Soc Nat Resour.* 2004;17(6):547–559.

REF efectuează o vizită de monitorizare în Bulgaria [site]. Budapesta: Fondul pentru educație în rândul romilor (REF); 2014 (<http://www.romaeducationfund.hu/news/ref/news-and-events/ref-conductsmonitoring-visit-bulgaria?page=1>, accesat la 5 decembrie 2014).

Welschhoff A. Community participation and primary health care in India (dissertation). Participarea comunității și serviciile de îngrijire primară în India] (disertație). München: Universitatea Ludwig Maximilian din München; 2007 (http://edoc.ub.uni-muenchen.de/6954/1/Welschhoff_Anja.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).

Sondajul deliberativ

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; informare
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuție
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților; moduri de comunicare și decizie

Descriere și obiective

Metoda sondajului deliberativ a fost concepută în 1988 de prof. James Fishkin de la Stanford University, Massachusetts (3). Este în principal aplicată pe un eșantion din populația implicată

într-o problemă, pentru a le permite membrilor să reflecteze și să delibereze, cu ajutorul experților, asupra deciziilor principale care trebuie luate pentru implementarea unei strategii.

Diferența dintre un sondaj deliberativ și sondajele mai tradiționale este medierefa forumului deliberativ între două momente pe parcursul colectării de date. Comparația între rezultatele obținute în urma sondajelor efectuate înainte și după procesul deliberativ permite evaluarea impactului pe care informarea mai cuprinzătoare și posibilitatea de reflecție o au asupra conturării opiniilor și atitudinilor față de aspectul în cauză.

Metoda

Din perspectivă metodologică, aplicarea acestei tehnici implică un proces extins de colectare de informații structurat în jurul a trei momente sau etape secvențiale.

1. Sondajul este efectuat pe un eșantion reprezentativ din populația țintă. Subiectul chestionarului este abordat ținând seama de convingerile, cunoștințele și atitudinile populației față de problema sau aspectul prezentat. Pe lângă completarea chestionarului, în această etapă toate persoanele intervievate sunt invitate să ia parte la un forum deliberativ. Persoanele care sunt de acord primesc înainte de forum informații detaliate referitoare la aspectele care vor fi abordate în cadrul evenimentului. Trebuie să fie reprezentate toate grupurile sociale (femei și bărbați din toate grupele de vârstă, grupurile etnice și clasele sociale).
2. Este organizat un forum deliberativ, cu două dinamici. Pe de o parte, diverși experți, lideri politici, reprezentanți ai colectivităților etc. își exprimă diferitele puncte de vedere cu privire la subiectul sondajului. În această etapă, participanții le pot adresa agenților orice întrebări pe care le-ar putea avea. În paralel, participanții dezvoltă o dinamică colectivă în legătură cu subiectul prin participarea în cadrul unor grupuri de discuție de dimensiuni mici și prin partajarea ulterioară a rezultatelor. Intenția acestui forum este încorporarea deliberării în decizia care urmează a fi luată. O mai mare participare la reflecție generează rezultate de calitate mai ridicată și conduce, de asemenea, la reevaluarea rolului comunității în procesul public de luare a deciziilor. În plus, forumul poate depăși limitele sondajelor tradiționale ca instrumente care au ca scop reflectarea opiniilor reale ale cetățenilor dar care sunt de multe ori bazate pe informații insuficiente pentru a stabili criterii justificate pentru luarea deciziilor.
3. După finalizarea forumului deliberativ, sondajul inițial este efectuat încă o dată (reluarea sondajului) cu participanții la forum, iar rezultatele sunt comparate cu cele ale sondajului efectuat înainte de procesul deliberativ. Acest sondaj conține de obicei întrebări noi cu privire la evaluarea forumului și experiența participării.

În unele sondaje deliberative, procesul este completat de un nou sondaj (reluat) în scopul controlului, efectuat la câteva luni după forum, pentru a observa dacă opiniile și preferințele rămân aceleași ca înainte de etapa deliberării sau dacă, în mod contrar, acestea s-au modificat (Figura 3.3). Studiul de caz 3.3 descrie un sondaj deliberativ efectuat în rândul populației române din Bulgaria.

Figura 3.3 Diagramă metodologică pentru sondajul deliberativ



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

What is deliberative polling? [Ce este sondajul deliberativ?] [site]. Stanford (CA): Centrul pentru Democrație Deliberativă al Universității Stanford; 2014 (<http://cdd.stanford.edu/polls/>, accesat la 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.3 Bulgaria. Sondaj deliberativ național: politicile adresate romilor în Bulgaria

Context

În 2007, Guvernul Bulgariei a declarat că deși populația romă beneficiază de ajutor social, situația acesteia nu se îmbunătățește. Mulți romi trăiesc în sărăcie extremă, izolați în ghetouri, privați de o educație decentă și cu șanse mici de a găsi locuri de muncă. Pentru a analiza situația și posibilele strategii, guvernul a lansat un sondaj deliberativ, organizat de Centrul pentru Strategii Liberale, Televiziunea Națională Bulgară, Agenția pentru Sondaje de Cercetare Alpha și Institutul pentru o Societate Deschisă (Sofia) (1).

Obiective

Obiectivele sondajului au fost următoarele:

- ◆ aflarea opiniilor privind posibilele modificări ale politicilor publice ce vizează populația romă;
- ◆ revitalizarea sprijinului democratic pentru politicile publice.

Dezvoltarea procesului

Procesul a început cu un sondaj inițial cu un eșantion de 1344 de cetățeni bulgari conținând întrebări referitoare la aspectele legate de locuință, infrastructuralitate și educație. Dintre participanții la sondaj, 255 au fost selectați pentru un forum deliberativ. Aceștia au primit informații, inclusiv propunerile partidelor politice, guvernului și ONG-urilor. Forumul a fost organizat la Sofia. Pe parcursul a două zile, a fost organizată o dezbateră cu experți și politicieni care au lucrat în grupuri mici, cu asistența moderatorilor instruiți în acest scop. Șase ore de dezbateră au fost transmise de televiziunea națională.

După finalizarea procesului deliberativ, participanții au completat din nou chestionarele, iar aceste rezultate au fost comparate cu cele ale sondajului inițial.

Rezultatele și evaluarea experienței

Rezultatele sondajului ulterior forumului au indicat modificări majore ale opiniilor legate de procesul de integrare a populației romi. În urma deliberării, de exemplu, procentul persoanelor care considerau că romii ar trebui să trăiască în cartiere separate a scăzut de la 43% la 21%. Susținerea pentru menținerea școlilor separate pentru romi a scăzut, de asemenea, de la 46% la 24%.

În fapt, interpretarea rezultatelor a indicat că majoritatea cetățenilor bulgari sunt dispuși să susțină măsuri pentru integrarea romilor în societate, în pofida limbajului ostil utilizat de politicienii naționaliști pentru a descrie situația romilor.

Bibliografie

1. National deliberative poll policies toward the Roma in Bulgaria [Politici de sondare deliberativă națională vizând romii din Bulgaria]. Stanford (CA): Centrul pentru Democrație deliberativă al Universității Stanford; 2007 (<http://cdd.stanford.edu/docs/2007/bulgaria-roma-2007.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Fishkin JGT, Luskin R, McGrady J, O'Flynn I, Russell D. A deliberative poll on education. What provision do informed parents in Northern Ireland want? Stanford (CA): Centrul pentru Democrație deliberativă al Universității Stanford; 2007 (<http://cdd.stanford.edu/polls/nireland/2007/omagh-report.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).

Gregory J. Consumer engagement in Australian health policy: final report of the AIHPS research project [Implicarea consumatorilor în politica australiană în domeniul sănătății: raport final al proiectului de cercetare AIHPS]. Melbourne (VIC): Institutul Australian de Studii de Politici de Sănătate; 2008 (<http://www.healthissuescentre.org.au/documents/items/2009/06/280548-upload-00004.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).

Mohamed A, Hussein G. The right to be heard. Removing inequalities. Consultation event with black and ethnic minority elders. Sheffield: Asociația Comunității Yemenite; 2007 (<http://www.ycasheffield.co.uk/Resource/CMS/Assets/dd1d95c6-23f3-102d-9445-003005bbceb4/Report%20on%20the%20consultation%20of%20BME%20elders.pdf>, accesat la 11 iunie 2015).

Fotografia participativă (metoda PhotoVoice)

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; grad de participare
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv, educație; informare
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților

Descriere și obiective

PhotoVoice, cunoscută și ca metoda fotografiei participative, este o metodă care utilizează mesaje (în mod normal fotografii, dar și materiale video, desene sau hărți) create de membrii unei comunități pentru a activa sau cataliza discursul și acțiunea participativă pe marginea unei probleme comune.

În etapa de diagnosticare, utilizarea fotografiei participative contribuie la creșterea vizibilității contextelor, problemelor sau stilurilor de viață ale minorității sau grupurilor sociale marginalizate. Cu asistența facilitatorilor, aceste comunități utilizează camere foto pentru a defini, comunica și îmbunătăți situația în care se află sau pentru a influența politicile publice.

Metoda

Există numeroase strategii și abordări metodologice ale acestor tehnici vizuale, în funcție de obiectivele procesului care urmează să fie dezvoltat, dar toate au elemente în comun: toate se bazează pe premisa capacității catalizatoare a imaginilor vizuale ca punct de referință pentru diagnosticarea și reflectarea asupra problemelor comunității și relațiile acesteia cu mediul.

Prima etapă implică selectarea sau recurgerea la reporteri din cadrul comunității care vor acționa în calitate de „fotografi ai comunității”. Acești reporteri pot fi persoane fizice sau grupuri de mici dimensiuni ai căror membri întreprind o anumită activitate comună. Reporterii trebuie să reprezinte secțiuni socio-demografice sau socioeconomice ale comunității, în conformitate cu anumite criterii precum genul, vârsta, activitatea economică, veniturile și starea de sănătate.

Apoi, sunt organizate sesiuni de instruire în vederea familiarizării reporterilor cu utilizarea camerelor foto și cu obiectivele colectării de informații. Obiectivele sau domeniile tematice care trebuie să fie înregistrate trebuie să fie dezbătute în mod participativ și pot fi generale ca natură (reflectând stilurile de viață, locurile unde au loc activități sociale, probleme de sănătate etc. în fotografii) sau specifice (înregistrând situațiile problematice, nevoile specifice, situații conflictuale etc.). În cadrul acestor sesiuni de instruire, se furnizează informații despre cum se poate obține consimțământul informat al populației surprinse în fotografii, care vor fi utilizate exclusiv în scopul cercetării.

După instruirea fotografilor din cadrul comunității și după distribuirea camerelor foto, începe activitatea de teren, căreia i se alocă suficient timp pentru obținerea imaginilor. După finalizarea activității de teren, camerele sunt înapoiate echipei tehnice sau echipei de cercetare care dezvoltă imaginile.

După dezvoltarea imaginilor, este momentul dezbaterii și discuției pe baza materialului generat. Dezbaterile și discuțiile se desfășoară în mod normal în grupuri și pot fi structurate sub forma unor ateliere. În această etapă, pot fi aplicate diferite strategii, însă o recomandare operațională ar fi aceea de a împărți procesul în mai mulți pași mai mici: în primul rând, reporterilor li se solicită să aleagă din fiecare serie un număr mic de imagini pe care le consideră în mod deosebit semnificative; pe baza acestor imagini, începe dezbaterile în grup, nu doar cu reporterii, ci și cu comunitatea în ansamblu. Pentru fiecare imagine, participanții sunt apoi rugați să exprime ceea ce văd că se întâmplă în scena fotografiată, ce reprezintă în viața lor de zi cu zi, ce probleme reflectă și ce se poate face în legătură cu problemele respective. Pentru a valida informațiile, acești pași trebuie să fie efectuați și cu părți interesate sau cu segmente ale populației din afara comunității române, pentru a stabili diferitele viziuni asupra problemelor existente. Pe baza acestor reflecții încrucișate, poate fi nevoie să fie stabilite strategii sau direcții de acțiune diferite pentru a aborda problemele reale.

După dezvoltarea analizei participative a informațiilor, trebuie să se elaboreze un plan pentru elaborarea unei metode prin care rezultatele să fie comunicate liderilor publici, profesioniștilor, personalului tehnic sau populațiilor din afara comunității. Scopul acestei etape de diseminare este creșterea vizibilității problemelor aferente temelor abordate în cadrul procesului de diagnosticare (Figura 3.4). Studiul de caz 3.4 descrie aplicarea metodei PhotoVoice în rândul populației române din Ungaria.

Figura 3.4 Diagrama metodologică pentru PhotoVoice



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Grupul de lucru pentru sănătatea și dezvoltarea comunității, Universitatea din Kansas. Community tool box. Chapter 3. Assessing community needs and resources. Section 20. Implementing PhotoVoice in your community [Set de instrumente comunitare. Capitolul 3. Evaluarea nevoilor și resurselor comunității. Secțiunea 20. Implementare PhotoVoice în comunitatea dumneavoastră] [site]. Lawrence (KS): Universitatea din Kansas; 2014 (<http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-communityneeds-and-resources/conduct-focus-groups/main>, accesat la 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.4 Sajószentpéter (Ungaria). Pe malul celălalt: utilizarea metodei PhotoVoice pentru a studia mediul și sănătatea în cadrul unei comunități de romi din Ungaria

Sajószentpéter este un oraș în nord-estul Ungariei cu niveluri ridicate de șomaj, din cauză că cea mai importantă unitate industrială a orașului, o fabrică de sticlă, s-a închis în anii 1990. În contextul acestei crize, comunitatea romă – care reprezintă circa 20% din populația orașului – continuă să fie foarte vulnerabilă.

În 2007, Asociația Sajó a propus un program de diagnosticare într-un cartier locuit în mod predominant de romi, la capătul celălalt al podului care duce către piața centrală a orașului. Deși face parte din municipalitate, acest cartier a beneficiat de mult mai puține investiții pentru construcția infrastructurii publice decât cartierele de pe malul celălalt al râului.

Obiective

Obiectivele acestei cercetări au fost următoarele:

- ◆ evaluarea motivelor de îngrijorare în legătură cu mediul și sănătatea într-un cartier locuit în mod predominant de romi;
- ◆ creșterea vizibilității nevoilor și preocupărilor populației rome în rândul populației generale.

Dezvoltarea procesului

Echipa tehnică, condusă de antropologul Krista Harper, conferențiar la Universitatea din Massachussets Amherst, a propus abordarea a două domenii tematice importante: mediul și sănătatea (1). Fotografii participanți au introdus o a treia temă: individualitatea ca stereotip în intervențiile asupra populației rome.

Activitatea de teren și realizarea fotografiilor au fost efectuate de fotografi din cadrul comunității. Utilizând imaginile generate, discuția participativă s-a bazat pe preocupările comunității, precum și pe elementele care creează un sentiment al mândriei în rândul subiecților.

Rezultatele și evaluarea experienței

PhotoVoice s-a dovedit a fi un instrument adecvat pentru comunicare în cadrul comunității rome, dar și o metodă de facilitare a comunicării cu ceilalți locuitori (de alte etnii decât cea romă) ai orașului. Acest exercițiu a crescut gradul de conștientizare cu privire la diversele motive de îngrijorare, inclusiv accesul la infrastructura publică de bază (precum apa curentă în locuințe, canalizarea, securitatea, eliminarea deșeurilor, energia) și alte aspecte precum locurile de joacă și calitatea precară a locuințelor. Au devenit, de asemenea, vizibile aspectele care au contribuit la sentimentul de mândrie în rândul comunității, de exemplu atașamentul față de propriul mediu sau de rețelele informale existente, ceea ce are un rol fundamental în prevenirea rasismului și excluziunii sociale.

Bibliografie

1. Harper K. Across the bridge: using PhotoVoice to investigate environment and health in a Hungarian Romani (Gypsy) community [Pe malul celălalt: utilizarea PhotoVoice pentru cercetarea mediului și sănătății într-o comunitate de romi (țigani) din Ungaria. Maynooth: Asociația Socio-antropologilor europeni; 2010 (http://works.bepress.com/krista_harper/15/), accesat la 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Centrul Național de Resurse pentru Minoritățile Etnice. Voices from the north. Exploratory needs assessment of Gypsy/Traveller communities in the north of Scotland [Vocile din nord. Evaluare exploratorie a nevoilor comunităților de romi/traveller din nordul Scoției]; 2007 (<http://www.healthscotland.com/uploads/documents/7855-VoicesFromTheNorth.pdf>), accesat la 5 decembrie 2014).

Colegiul Universitar Dublin. All-Ireland traveller health study [Studiu privind populația traveller în Irlanda]. Dublin: An Roinn Sláinte Departamentul de Sănătate (Irlanda); 2010 (<http://health.gov.ie/blog/publications/all-irelandtraveller-health-study/>), accesat la 5 decembrie 2014).

Wang CC. Photovoice: a participatory action research strategy applied to women's health [PhotoVoice: o strategie de cercetare pentru acțiune participativă aplicată în domeniul sănătății femeilor]. J Women's Health 1999;8(2):185–192.

Focus grupul

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; grad de participare
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv, educație; informare
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților

Descriere și obiective

Focus grupul este o metodă dinamică la nivel de grup în care un grup de persoane (între patru și 12) discută o intervenție politică sau socială care le afectează. Principalul obiectiv al unui focus grup este obținerea de informații de la participanți cu privire la opiniile, percepțiile, atitudinile, experiențele și chiar așteptările acestora cu privire la tema discutată. Această metodă poate fi definită ca o combinație între interviul centrat și grupul de discuție, iar ca resursă poate construi rapid o imagine pe baza informațiilor colectate.

Focus grupurile tematice sunt utilizate foarte frecvent în cadrul acțiunilor instituționale pentru explorarea inițială a problemelor, pentru a genera idei creative, precum și pentru a analiza impactul deciziilor publice.

Metoda

Etapa pregătitoare a unui focus grup este definită de obiectivul urmărit de organizatori. Există două opțiuni de bază. Dacă scopul este extinderea și dezvoltarea informațiilor disponibile referitoare la tema de lucru, trebuie să fie create grupuri omogene la nivel intern. Omogenitatea poate răspunde criteriilor demografice (vârstă, sex, venit etc.) sau poziției în cadrul structurii domeniului analizat (profesioniști, reprezentanți ai instituțiilor publice, organizații, societatea civilă etc.). În schimb, dacă scopul este de a compara diferitele opinii și idei, se recomandă crearea unor grupuri care pot prezenta o eterogenitate internă fie pe baza statutului socio-demografic al subiecților, fie pe baza poziției în structura sferei conceptuale care este abordată prin dinamica de grup.

În cadrul logicii participative, alegerea unui subiect sau scop al focus grupului ar trebui să fie decisă în mod colectiv de reprezentanții părților interesate implicate în problema respectivă. Această încercare de a ajunge la un consens inițial va contribui la aflarea diferitelor interese ale părților prezente în procesul de diagnosticare a realității analizate. În plus, va contribui la documentarea adecvată a scenariilor utilizate de moderatori în sesiunile grupului tematic.

În momentul selectării participanților din cadrul grupului, pe lângă luarea în considerare a criteriilor de compunere internă, trebuie să fie îndeplinit un set de cerințe în vederea maximizării informațiilor obținute în cadrul dinamicii de grup: moderatorul nu trebuie să cunoască participanții în avans, participanții nu trebuie să se cunoască reciproc, iar locul ales pentru organizarea sesiunilor focus grupului trebuie să fie un spațiu familiar participanților, unde aceștia se simt confortabil și în siguranță.

Focus grupurile durează, de obicei, 1-2 ore, dar ocazional poate fi necesar împărțirea în mai multe sesiuni, în funcție de sfera dezbaterii. Inițial, moderatorul trebuie să se asigure că

participanții se prezintă. Discuția începe cu întrebări generale, simple, asupra cărora este relativ ușor să se ajungă la un consens, iar apoi se trece la întrebări mai specifice și mai detaliate (panouri, flipchart, exemple specifice de proiecte etc.) pentru a ilustra ideile exprimate, deși participanții ar trebui să fie, când este posibil, responsabili pentru luarea notițelor. Dezbaterile se încheie cu rezumarea ideilor și confirmarea corectitudinii rezumatului sau a eventualelor omisiuni de conținut.

Ideile sunt colectate de liderii grupului tematic și împărțite în categorii prin intermediul unei analize transversale specifice pentru fiecare temă. Cu ajutorul documentației rezultate, participanții pot fi rechemați, dar de această dată la o sesiune comună, pentru a compara informațiile, iniția o discuție mai amplă și identifica principalele principii directe, consemnând ideile pentru care există suficient consens pentru generarea acțiunii sociale (Figura 3.5). Studiul de caz 3.5 descrie modul în care grupurile tematice au fost utilizate pentru a contribui la prevenirea dependenței de droguri în comunitățile de sinti și romi din Europa.

Figura 3.5 Diagrama metodologică pentru focus grup



Materiale suplimentare privind instrumentul sau metoda

Grupul de lucru pentru sănătatea și dezvoltarea comunității, Universitatea din Kansas. Community tool box. Chapter 3. Assessing community needs and resources. Section 20. Implementing PhotoVoice in your community [Set de instrumente comunitare. Capitolul 3. Evaluarea nevoilor și resurselor comunității. Secțiunea 20. Implementare PhotoVoice în comunitatea dumneavoastră] [website]. Lawrence (KS): Universitatea din Kansas; 2014 (<http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-communityneeds-and-resources/photovoice/main>, accesat la 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.5 Proiectul SRAP: Prevenirea dependenței de droguri în cadrul comunităților de romi și sinti

Context

Acest proiect a fost lansat în 2010, sub conducerea Primăriei Bologna împreună cu 11 organizații (consilii locale, ONG-uri și universități) din diferite țări din Europa.

O diagnosticare inițială efectuată de Primăria Bologna a explicat condițiile deficitare de trai în rândul tinerilor romi, dificultățile cu care se confruntă aceste persoane în accesarea serviciilor de sănătate și percepția eronată a acestora asupra sănătății și drogurilor. Aceste elemente au condus la o sănătate precară și la creșterea vulnerabilității acestui segment al populației. Astfel, a fost lansat proiectul SRAP, finanțat de Uniunea Europeană (UE). Beneficiarii proiectului sunt tinerii romi și sinti cu vârste între 15 și 24 de ani, împreună cu serviciile sociale și de sănătate care activează în domeniul prevenirii dependenței de droguri și, la nivel mai general, municipalitățile în care există o populație semnificativă de tineri romi și sinti (1).

Studiu de caz 3.5 continuare**Obiective**

Obiectivele proiectului au fost următoarele:

- ◆ reducerea daunelor cauzate de utilizarea și/sau abuzul de droguri și prevenirea consumului acestora în rândul tinerilor romi și sinti;
- ◆ facilitarea accesului la serviciile sociale și de sănătate în acele zone pentru tinerii romi și sinti;
- ◆ conceperea unui model de intervenție participativă legat de această problemă, valabil în toate contextele și teritoriile din Europa.

Dezvoltarea procesului

În vederea îmbunătățirii cunoștințelor referitoare la problema dependenței de droguri în rândul tinerilor romi, au fost organizate o serie de focus grupuri care au implicat membri ai populației rome și profesioniști specializați în prevenirea dependenței de droguri. Pentru validarea informațiilor obținute în cadrul focus grupurilor, a fost organizat și un sondaj în rândul tinerilor romi, precum și activități de teren.

Rezultatele și evaluarea experienței

Rezultatele focus grupurilor de interes au fost discutate în fiecare dintre țările implicate în proiect, participarea fiind extinsă la organizațiile locale și alte părți interesate de problemă.

Datorită focus grupurilor, nivelul de cunoștințe deținute de tinerii romi în legătură cu consumul de droguri a crescut. În mod similar, cunoștințele referitoare la diferitele strategii de prevenție a consumului abuziv de droguri a crescut, de asemenea, iar vârsta medie la care tinerii romi tind să înceapă să consume droguri este mai târzie în prezent decât a fost anterior.

Bibliografie

1. Marcu O, Marani P. Understanding drug addiction in Roma communities [Înțelegerea dependenței de droguri în comunitățile de romi și sinti]. Bologna: Addiction Prevention within Roma and Sinti communities [Prevenirea dependenței de droguri în comunitățile de romi și sinti] (SRAP); 2012 (<http://srap-project.eu/files/2012/06/SRAP-Action-research-final-report-Long.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici sau metode similare

- Krumova T, Ilianova M. The health status of Romani women in Bulgaria [Sănătatea femeilor romani în Bulgaria]. Veliko Tarnovo: Centrul pentru Dialog Interetnic și Toleranță „Amalipe”; 2008 (http://amalipe.com/files/publications/Health%20report_AMALIPÉ.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).
- Petek D, Rotar PD, Svab I, Lolic D. Attitudes of Roma toward smoking: qualitative study in Slovenia [Atitudinile romilor față de fumat: studiu calitativ în Slovenia]. Croatian Med J. 2006;47(2):344–347.
- Smoliska-Poffley S, Ingmire S. Roma mental health advocacy project. Evaluation report [Proiect de susținere privind sănătatea psihică a populației rome. Raport de evaluare]. Londra: Grupul de sprijin pentru romi; 2012 (<http://romasupportgroup.org.uk/wp/wp-content/uploads/2011/08/Roma-Mental-Health-Advocacy-Project-Evaluation-Report.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).

Diagrama de flux situațional

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; grad de participare
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv, educație; informare
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților

Descriere și obiective

Diagrama de flux situațional este o tehnică utilizată în abordarea planificării situaționale strategice dezvoltată de Carlos Matus, care a fost economist la Universitatea Harvard, Massachusetts (4). Scopul diagramei de flux este compilarea de informații valide pentru diagnosticarea problemelor prin construcția colectivă a unei matrice. Activitatea colectivă desfășurată pe această matrice permite identificarea relației cauză-efect dintre diferitele elemente din jurul problemei discutate și părțile interesate, în vederea stabilirii așa-numitelor noduri critice și a principalelor componente care ar putea fi utilizate pentru abordarea problemei.

Obiectivul acestei tehnici este stabilirea unei legături între problemele definite de persoane (atât femei cât și bărbați) din rândul populației și diferitele părți interesate responsabile pentru soluționarea acestora, stabilind capacitatea de soluționare a fiecărei părți interesate în legătură cu fiecare problemă. Un alt obiectiv al acestei tehnici strategice este prioritizarea principalelor noduri critice care împiedică procesul, pentru a localiza legăturile de cauzalitate cu părțile interesate responsabile pentru acestea.

Metoda

Metodele care pot fi utilizate pentru abordarea diagramelor de flux situațional sunt diverse. Diferite axe analitice pot fi localizate în coordonatele matricei, dar în acest document este descrisă cea mai productivă strategie pentru diagnosticarea problemelor legate de sănătate.

Înainte de aplicarea diagramelor de flux situaționale, trebuie să fie identificate diferitele părți implicate în problema în cauză. În prima etapă, membrii sau reprezentanții fiecăruia dintre grupurile de părți interesate vor dezvolta separat diagrame de flux situațional, urmând ca acestea să fie ulterior reunite cu cele ale altor părți interesate participante.

Tehnica se bazează pe definiția furnizată de participanți cu privire la principalele probleme din domeniul de studiu propus, care sunt transcrise pe o serie de cartonașe. Problemele pot fi explicate de participanți în cadrul dinamicii sau pot fi derivate pe baza elementelor înregistrate utilizând alte tehnici de diagnosticare, precum cele prezentate în acest set de instrumente.

După identificarea principalelor probleme, coordonatorul prezintă matricea de analiză utilizând un mediu grafic. Rândurile matricei (în număr de trei) vor diferenția problemele în funcție de încadrarea acestora în sfera de influență a participanților (însemnând dacă depind de participanți sau nu, dacă pot fi soluționate cu colaborarea altor părți interesate sau dacă sunt complet în afara controlului participanților). Coloanele matricei (de obicei, între trei și cinci) vor diferenția problemele în funcție de diferitele domenii tematice, astfel încât să poată fi integrate într-o logică tematică (de exemplu, discriminarea, prevenirea, informarea, asistența etc.). Astfel, se obține o matrice care reprezintă nivelul de influență al părților interesate în termeni de generare a schimbării (axa verticală) și domeniul cu care sunt asociate problemele identificate.

După ce este prezentată matricea de analiză, problemele formulate de participanți pot fi poziționate în diferite cadrane. Situația ideală din acest punct de vedere este ca poziționarea cartonașelor să fie discutată pe rând, până când toate cartonașele sunt poziționate pe matrice.

Astfel problemele pot fi poziționate în raport cu capacitatea de influență a participanților și sferile de acțiune.

Următoarea sarcină în cadrul dinamicii de grup este activitatea colectivă cu privire la relațiile dintre probleme care, în acest caz, vor fi relații cauză-efect. O problemă poate fi cauza totală sau parțială a altei sau altor probleme identificate, prin urmare între elementele propuse de participanți pot fi stabilite legături de cauzalitate. Pentru fiecare problemă se calculează numărul de săgeți înregistrate în direcția (cauze) și din direcția (efecte) fiecărei casete. Casetele cu un număr mare de săgeți către exterior vor reprezenta elementele de cauzalitate, în timp ce casetele cu săgeți către interior pot fi identificate drept consecințe. Problemele care acumulează simultan un număr mare de săgeți către interior și către exterior reprezintă nodurile critice care trebuie să fie rezolvate în ceea ce privește tema analizată (Figura 3.6).

Studiul de caz 3.6 descrie utilizarea diagramelor de flux situațional în planificarea strategică a serviciilor de asistență medicală la nivel local în Venezuela.

Analiza relațiilor se încheie aici dar într-o etapă ulterioară ar putea fi posibil: (a) să se propună strategii legate de factorii analizați; (b) să se formuleze propuneri pentru materializarea influenței care există asupra nodurilor descrise (conform matricei); și (c) să se examineze posibilele acțiuni care ar putea face ca toate elementele inabordabile să poată fi controlate pe termen mediu sau scurt sau cel puțin să fie plasate în sfera de influență.

Figura 3.6 Diagrama metodologică pentru diagrama de flux situațional



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Socas J, Saavedra LM, Hernández G. La técnica del flujograma: apuntes desde la práctica. Experto en Nuevas Metodologías de las Ciencias Sociales [Tehnica diagramei de flux: note de practică. Expert în metodologii noi în domeniul științelor sociale]. Madrid: Observatorul Internațional al Cetățeniei și Sustenabilității (CIMAS); 2003 (http://www.redecimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/m_La-tecnicaldel-flujograma.pdf, accesat pe 5 decembrie 2014).

Analiza punctelor tari, punctelor slabe, oportunităților și amenințărilor (SWOT)

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; grad de participare
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv, educație; informare
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților

Descriere și obiective

Metoda SWOT este o tehnică prin care, în esență, este abordată capacitatea prospectivă a diagnosticării sociale; cu alte cuvinte, explorarea strategiilor operaționale viitoare pe baza unei analize a situației actuale. Metoda SWOT implică organizarea informațiilor generate printr-o dinamică de grup într-un tabel cu intrări duble, care poziționează aceste informații în conformitate cu limitările (punctele slabe și amenințările) și potențialele capacități (punctele tari și oportunitățile) reprezentate de o parte interesată a societății sau de o anumită situație.

Prin aplicarea acestei tehnici, se obțin informații referitoare la aspectele pozitive și negative ale unui context specific, atât pentru prezent, cât și pentru viitor

- » Punctele tari (S) reprezintă toate aspectele pozitive care ar trebui să fie menținute sau consolidate. Acestea sunt capacitățile sau factorii de succes ai părților interesate. Pe baza punctelor tari, pot fi dezvoltate strategii de menținere.
- » Punctele slabe (W) reprezintă cerințele actuale care implică aspecte negative în termeni de nevoi sau modificări necesare. Acestea se referă la limitările sau autocritica internă a părților interesate. Pe baza punctelor slabe, pot fi stabilite strategii de remediere.
- » Oportunitățile (O) sunt toate capacitățile sau potențialele resurse care ar trebui să fie valorificate și care sunt prezente la îndemâna părților interesate. Pe baza oportunităților pot fi stabilite strategii de valorificare a acestora.
- » Amenințările (T) includ toate elementele care implică riscuri potențiale și care trebuie să fie prevenite, dar care nu depind de acțiunea părților interesate; mai degrabă, acestea sunt elemente externe provenind din mediu. Pe baza amenințărilor, pot fi dezvoltate strategii de abordare a acestora.

Identificarea factorilor de diagnosticare corespunzând fiecărui spațiu conceptual propus de analiza SWOT pe de o parte, și proiectarea de strategii aferente elementelor identificate, pe de altă parte, au ca rezultat un tabel analitic (Tabelul 3.3), care este util pentru planificare.

Tabelul 3.3 Analiza SWOT

	Dependente de părțile interesate	Dependente de mediu
Aspecte negative	PUNCTE SLABE (utilizate pentru proiectarea <i>strategiilor de corectare</i>)	AMENINȚĂRI (utilizate pentru proiectarea <i>strategiilor de abordare</i>)
Aspecte pozitive	PUNCTE TARI (utilizate pentru proiectarea <i>strategiilor de menținere</i>)	OPORTUNITĂȚI (utilizate pentru proiectarea <i>strategiilor de valorificare</i>)

Metoda

În cadrul unei analize SWOT abordată în mod participativ, atât colectarea informațiilor, cât și analiza rezultatelor obținute prin această tehnică se bazează pe exprimarea participanților.

Inițial, tehnica ar trebui să fie aplicată separat pentru diferitele părți interesate implicate în situația evaluată (societatea civilă, organizațiile, profesioniștii, reprezentanții instituțiilor publice etc.). Obiectivul acestei prime etape este stabilirea unor diagnostice omogene în conformitate cu problemele și interesele diverselor părți interesate.

Studiu de caz 3.6 Venezuela. Abordare comunicativă a planificării situaționale strategice la nivel local: sănătatea și echitatea în Venezuela

Context

Acest studiu de caz corespunde cercetării efectuate în Venezuela în ceea ce privește echitatea în materie de sănătate. În Venezuela, instituirea consiliilor comunale și implicarea acestora în planificarea procesului de sănătate a indicat importanța utilizării de instrumente care facilitează participarea diferitelor părți interesate implicate.

În acest sens, a fost desfășurat un program-pilot în Statul Aragua în 2007, utilizând ateliere la care au participat principalele părți interesate selectate și în cadrul cărora s-a aplicat abordarea diagramelor de flux, printre alte tehnici (1).

Obiective

Obiectivele cercetării au fost următoarele:

- ◆ evaluarea aspectelor comunicative ale informațiilor de sănătate;
- ◆ identificarea și reprezentarea nevoilor de sănătate ale populației;
- ◆ aplicarea planificării situaționale strategice la nivelul local al serviciilor de sănătate, integrând dimensiunea echității.

Dezvoltarea procesului

Echipa de cercetare a utilizat parohiile ca unitate de analiză, pentru a încuraja reflecția fără a exclude rețelele sociale existente. La cercetare au participat în total 38 de parohii. În cele cinci parohii cu cele mai mari nevoi, pentru dezvoltarea planului a fost utilizată analiza participativă a principalelor părți interesate (rezidenții parohiei, consiliile comunale, consiliile de sănătate, echipele educative, echipa sanitară etc.).

Prima etapă a constat în identificarea principalelor probleme în domeniul sănătății și asocierea acestora cu articolele din Constituția Venezuelei care nu erau îndeplinite.

Aceste probleme au reprezentat baza pentru elaborarea unui număr de cinci diagrame de flux în cadrul atelierelor participative. Toate problemele au fost poziționate în funcție de nivelul lor de impact, participanții identificându-le ca centre de acțiune sau evidențiind existența oportunităților politice de acțiune în legătură cu acestea. Ulterior, au fost stabilite nodurile critice, prin matricea de evaluare Matus (2) și au fost identificate părțile interesate care controlau variabilele fiecărui nod critic.

Rezultatele și evaluarea experienței

Aplicarea diagramelor de flux a necesitat discutarea și explicarea diferitelor aspecte ale realității din diferite perspective, ceea ce s-a realizat prin analizarea în mai mare detaliu a dimensiunii comunicative a abordării participative utilizate de acest instrument. În final, participanții au identificat nodurile critice precum: insuficienta organizare și participare a comunității la acțiunile de promovare a sănătății; lipsa unor acțiuni concrete în cadrul diferitelor niveluri ale serviciilor de sănătate; și absența resurselor umane calificate în unele dintre nivelurile serviciilor de sănătate.

Bibliografie

1. Heredia H, Harman E, Lopéz N, Useche J. Approaches to determine priorities and to analyze problems of health with a look from the equity: experience in the local level in Venezuela [Abordări pentru stabilirea priorităților și analizarea problemelor în domeniul sănătății, inclusiv din perspectiva echității: experiența la nivel local în Venezuela]. *Cienc Saude Colectiva* 2011;16(3): 1887–1898.
2. Matus C. El método PES: Planeamiento Estratégico Situacional [Metoda: planificarea situațională strategică]. Mexico City: Fondo de Cultura Económica; 1996.

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Participación social en salud. Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile [Participare socială în domeniul sănătății. Reflecții și instrumente pentru acțiune socială în Chile]. Santiago: Ministerul Sănătății din Chile; 2009 (http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MINSAL_MANUALdeSALUD.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).

În contextul reunirii participanților, matricea este construită utilizând un suport grafic (o foaie de hârtie, un cartonaș sau un panou, de exemplu) vizibil tuturor. Pentru simplificarea procedurii, procesul poate începe prin sublinierea aspectelor pozitive și negative ale realității sociale a părții interesate sau a grupului social, în legătură cu situația studiată, iar apoi elementele pot fi plasate succesiv în cadranele aferente, încercând să se ajungă la un consens în legătură cu fiecare dintre acestea.

După ce elementele obținute în urma diagnosticării au fost plasate în diferitele spații din cadrul matricei, dacă există un număr mare de elemente, acestea trebuie să fie prioritizate, pentru a se discuta strategiile de acțiune în legătură cu cele mai importante, stabilindu-se în acest scop strategiile de transformare necesare.

Într-o etapă ulterioară, analiza SWOT elaborată de diferitele părți interesate ar trebui să fie diseminată pentru a se ajunge la un acord cu privire la strategiile care cuprind un set cât mai larg posibil de acțiuni. Figura 3.7 prezintă o ilustrare a acestei metodologii, iar studiul de caz 3.7 descrie utilizarea analizei SWOT pentru a contribui la reducerea inegalităților în rândul populației rome din Spania.

Figura 3.7 Diagrama metodologică pentru analizele SWOT



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Grupul de lucru pentru sănătatea și dezvoltarea comunității, Universitatea din Kansas. Community tool box. Chapter 3. Assessing community needs and resources. Section 20. Implementing PhotoVoice in your community [Set de instrumente comunitare. Capitolul 3. Evaluarea nevoilor și resurselor comunității. Secțiunea 20. Implementare PhotoVoice în comunitatea dumneavoastră] [website]. Lawrence (KS): Universitatea din Kansas; 2014 (<http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-communityneeds-and-resources/swot-analysis/main>, accesat la 5 decembrie 2014).

Planificare

Elaborare participativă a bugetului

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; gestionarea informațiilor; raportare; timp pentru discuții; tipuri de acorduri; soluționarea conflictelor; criterii de decizie; transparență; grad de participare; responsabilitate; norme; sustenabilitate: control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv, educație; informare; discuții; decizie; dezvoltare instituțională; legătura cu politica și acțiunea politică
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților; moduri de comunicare și decizie; autoritate și putere

Descriere și obiective

Elaborarea participativă a bugetului este un instrument de participare, luare a deciziilor și gestionare pentru prioritizarea cheltuielilor publice într-un anumit domeniu.

Principalul obiectiv al elaborării participative a bugetului este participarea directă a persoanelor (atât femei, cât și bărbați) care aparțin unei comunități, în vederea stabilirii principalelor lor nevoi în viața de zi cu zi și includerii lor în procesul anual de elaborare a bugetului, prioritizând cele mai importante domenii și monitorizând angajamentele stabilite.

Printre altele, acest proces poate: îmbunătăți transparența în domeniul managementului instituțional; îmbunătăți co-responsabilitatea populației cu privire la gestionarea resurselor și raportarea în legătură cu dezvoltarea instituțională; îmbunătăți comunicarea între o comunitate și diversele instituții; și identifica soluțiile convenite cu privire la problemele comunității. Elaborarea participativă a bugetului este, de asemenea, compatibilă cu elaborarea bugetului în mod responsabil în ceea ce privește genul (bărbați/femei).

Metoda

Elaborarea participativă a bugetului poate fi implementată utilizând o varietate de opțiuni metodologice diferite, deși în majoritatea experiențelor pot fi identificate o serie de etape comune.

Inițial, trebuie să se decidă la nivel administrativ sau instituțional ce resurse publice trebuie să fie disponibile pentru a fi dezbătute la nivel comunitar pentru planificarea bugetului. Aceste resurse au legătură în mod normal cu deciziile privind cheltuielile publice în ceea ce privește investițiile sau planificarea.

După ce sunt convenite resursele care vor fi implicate în procesul participativ, următoarea etapă este creșterea gradului de conștientizare și informarea comunității, aceasta fiind invitată să participe la luarea deciziilor bugetare în legătură cu aceste resurse. Deși principalul obiectiv al acestei etape este încurajarea participării, este, de asemenea, susținută în mod obișnuit de diferite evenimente de instruire, în cadrul cărora personalul tehnic explică structura relevantă și condițiile bugetare legate de resursele cu privire la care populația va delibera.

În paralel cu acest proces informativ și cu sprijinul echipei tehnice, un grup de reprezentanți ai comunității elaborează de obicei reglementările care guvernează diferitele etape ale elaborării participative a bugetului: cine poate participa, cum se realizează participarea, cum vor fi luate deciziile etc.

Pe parcursul următoarei etape, acțiunea participativă a populației capătă o și mai mare importanță. Sunt inițiate reuniuni cetățenești în care persoanele sau grupurile elaborează grupe de cheltuieli publice pe care le consideră urgente în domeniul analizat. Diferitele propuneri sunt apoi deschise deliberării colective de-a lungul mai multor sesiuni, fiind creat astfel mediul pentru procesul de prioritizare. Prioritizarea presupune stabilirea unei liste de propuneri sau cereri din partea comunității, în ordinea importanței și urgenței.

Studiu de caz 3.7 Spania. Sănătatea comunității rome. Ministerul Sănătății din Spania: analiză SWOT

Context

În 2004, Ministerul Sănătății și Consumatorilor și Fundația Secretariatul pentru Romi au ajuns la un acord privind efectuarea unor demersuri pentru reducerea inegalităților în materie de sănătate în comunitatea de romi din Spania. Prima etapă a fost efectuarea unei investigații în legătură cu situația socială și în materie de sănătate a populației rome din Spania, pentru a stabili principalele nevoi ale acesteia (1).

Printre alte instrumente de diagnosticare, echipa tehnică a efectuat un studiu calitativ pe baza unei analize SWOT.

Obiective

Obiectivele acordului au fost următoarele:

- ◆ efectuarea unei diagnosticări operaționale și consensuale care să ducă la identificarea de strategii esențiale și factori de intervenție în legătură cu populația romă în cadrul serviciilor de sănătate standardizate;
- ◆ contribuția la promovarea egalității de șanse pentru persoanele de etnie romă în legătură cu utilizarea bunurilor și serviciilor comunitare.

Dezvoltarea procesului

Având în vedere volumul mic de informații disponibile pentru realizarea unei diagnosticări a situației referitoare la populația romă și sănătatea în Spania, Ministerul Sănătății și Consumatorilor din Spania și Fundația Secretariatul pentru Romi au instituit un grup de lucru format din profesioniști în domeniul serviciilor sociale și de sănătate cu experiență în activitatea desfășurată cu populația romă, pentru a efectua o diagnosticare inițială.

Pe baza informațiilor obținute în urma diagnosticării inițiale, a fost lansat un seminar național intitulat „Echitatea în sănătate și comunitatea romă”, organizat de Ministerul Sănătății și Consumatorilor. La seminar au participat organizații din mediul universitar și organisme administrative, împreună cu colectivități de romi. Rezultatele acestei dezbateri au luat forma unei analize SWOT, în vederea dezvoltării unei politici specifice care să asigure echitatea în materie de sănătate pentru populația romă.

Rezultate și evaluarea experienței

Dezbaterea participativă între părțile interesate s-a încheiat cu stabilirea unor linii de analiză și planificare în cadranele SWOT, care au fost apoi cristalizate într-un raport final de diagnosticare. Pe baza concluziilor diagnosticării, au fost întreprinse mai multe acțiuni strategice relevante, precum primul Studiu național de sănătate privind populația romă, în 2006, în vederea soluționării deficiențelor și nevoilor în materie de servicii de sănătate ale populației rome.

Bibliografie

1. Fundación Secretariado Gitano, Direcția Generală pentru Sănătate Publică din Spania, Ministerul Sănătății și Consumatorilor din Spania. Health and the Roma community. Analysis of action proposals [Sănătatea și comunitatea romă. Analiza propunerilor de acțiune]. Madrid: Ministerul Sănătății și Consumatorilor; 2005 (http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Health_and_the_Roma_Community.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Cicea C, Busu C, Armeanu E. The SWOT analysis of the Romanian health care system and the key elements for resources allocation [Analiza SWOT a sistemului românesc de sănătate și principalele elemente pentru alocarea resurselor]. MRP 2011;3(3):32–41.

Cadrul Național Strategic pentru Romi. Atena: Republica Elenă, Ministerul Muncii și Securității Sociale; 2011 (http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_greece_strategy_en.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).

În consultare cu membrii echipei tehnice a administrației, se elaborează propunerile ținând seama de asigurarea viabilității lor financiare și tehnice. Propunerile viabile sunt apoi incluse în

programul bugetar al instituției, fiind alocate resursele necesare și stabilite calendarele pentru fiecare dintre acestea.

În cele din urmă, comunitatea alege un număr de reprezentanți sau delegați care, împreună cu instituția, vor asigura supravegherea și controlul implementării efective a cerințelor cetățenilor. Figura 3.8 prezintă clar bazele metodologiei elaborării participative a bugetului, iar studiul de caz 3.8 descrie procesul de elaborare participativă a bugetului utilizat în sistemul de sănătate din zona metropolitană de vest a orașului Santiago de Chile.

Figura 3.8 Diagrama metodologică pentru elaborarea participativă a bugetului



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Participatory budgeting in the UK – a toolkit [Elaborarea participativă a bugetului în Regatul Unit – un set de instrumente]. Ediția a doua, ianuarie 2010.

Manchester: Church Action on Poverty PB Unit [Acțiune la nivelul bisericii privind sărăcia, Unitatea de elaborare participativă a bugetului]; 2010 (<http://www.pbpartners.org.uk/participatory-budgeting-toolkit-2010/>, accesat la 5 decembrie 2014).

Juriul cetățenesc

Criterii de participare	Tip de participanți; învățare; înțelegere; informare; gestionarea informațiilor; timp pentru discuții; tipuri de acorduri; soluționarea conflictelor; criterii de decizie; transparență; responsabilitate; control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Educație; informare; discuții; decizie; legătura cu politica și acțiunea politică
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților; moduri de comunicare și decizie

Descriere și obiective

Juriul cetățenesc este o metodă dezvoltată de prof. James Fishkin de la Universitatea Stanford. Este un mecanism consultativ pentru participarea cetățenească, bazat pe deliberarea colectivă a unui grup asupra unor subiecte selectate aleatoriu, pentru a ajuta la luarea anumitor decizii publice.

În acest scop, un mic grup de persoane este ales pentru a discuta un aspect pe parcursul câtorva zile. Inspirația pentru juriile cetățenești se găsește în juriile utilizate în general în sălile de judecată. Diferența față de acestea se bazează pe două aspecte: discuțiile sunt conduse de

mediatori neutri, iar juriul emite pur și simplu o serie de recomandări referitoare la aspectele discutate, ceea ce face ca rolul său să fie unul consultativ, nu obligatoriu.

În general, juriile cetățenești sunt organisme deliberative care întocmesc rapoarte referitoare la politici, contribuind la îmbunătățirea și facilitarea procesului tradițional de decizie. Ocazional, constatările juriilor cetățenești sunt incluse în rapoartele referitoare la aspectele de interes.

Metoda

Grupul de cetățeni care formează juriul (de obicei între 10 și 20 de persoane) este selectat în mod aleatoriu sau în conformitate cu criteriile socio-demografice.

După selectarea subiecților și informarea acestora cu privire la logica internă a juriului cetățenesc, acestora li se solicită să confirme dacă sunt de acord cu participarea.

Înainte ca juriul să fie convocat, instituția implicată în proces, împreună cu reprezentanții pe probleme tehnice ai administrației întocmesc rapoarte privind situația de fapt și diferitele opțiuni pentru viitor. În mod similar, trebuie să fie întocmite rapoarte privind impactul tehnic al potențialelor rezultate ale deciziilor juriului. Toate aceste informații sunt trimise membrilor juriului înainte ca aceștia să se reunească, astfel încât să fie cât mai bine informați cu privire la natura problemei și potențialele implicații ale diferitelor alternative.

O reuniune a juriului cetățenesc durează între două și patru zile. La început, moderatorul trebuie să se prezinte; această persoană este responsabilă pentru informarea membrilor juriului cu privire la modul în care se va desfășura procesul, agenda și formatul deciziei finale.

În timpul sesiunilor de lucru, membrii juriului sunt instruiți și li se oferă informații detaliate de către reprezentanții pe probleme tehnice ai administrației sau de către experții în problema discutată. Este important ca aceste informații să fie diverse și să poată reprezenta o bază pentru aprecierea și deciziile luate de membrii juriului. Organizațiile sociale relevante, partidele politice, companiile și alte colectivități își prezintă, de asemenea, cerințele juriului cetățenesc, reprezentând voci care contribuie la aprecierea generală în timpul etapei de deliberare.

De obicei, diverse aspecte sunt aduse în fața juriului cetățenesc spre a fi analizate, iar activitatea membrilor acestuia se desfășoară în cadrul unei combinații între sesiuni în grupuri de dimensiuni mici și sesiuni plene, pentru evaluarea deciziilor care trebuie să fie luate.

Decizia generală poate fi luată pe baza unui chestionar la care răspunde fiecare membru sau prin consens general. Figura 3.9 oferă o prezentare generală clară a metodologiei juriului cetățenesc, iar studiul de caz 3.9 descrie juriul cetățenesc creat pentru a ajuta populația aparținând minorităților etnice din Leicestershire.

Figura 3.9 Diagrama metodologică pentru juriul cetățenesc



Studiu de caz 3.8 Chile. Experiment de elaborare participativă a bugetului în cadrul serviciilor de sănătate din zona metropolitană de vest a orașului Santiago de Chile

Context

În anii 1990, guvernul chilian a inițiat un proces de descentralizare a serviciilor către entitățile regionale, în vederea transformării modurilor de organizare și stilurilor de management. Aceste procese au inclus reforma serviciilor de sănătate. În cadrul acestei politici, la sfârșitul anului 2007, Departamentul de Sănătate al zonei metropolitane de vest, împreună cu Departamentul pentru Participare, au luat decizia de a planifica un proces de elaborare participativă a bugetului pentru serviciile de sănătate în comuna Melipilla, o localitate cu aproximativ 150 000 de locuitori (1).

Obiective

Obiectivele procesului au fost următoarele:

- ◆ desfășurarea unui program-pilot operațional și de instruire având ca scop amplificarea rolului jucat de comunitate în deliberările legate de alocarea resurselor în domeniul sănătății, în mod participativ;
- ◆ instruirea părților interesate implicate în domeniul sănătății publice și politicilor de sănătate;
- ◆ identificarea problemelor de sănătate, stabilirea priorităților și a propunerilor de soluții;
- ◆ îmbunătățirea nivelului de satisfacție în rândul utilizatorilor de servicii.

Dezvoltarea procesului

Prima etapă a procesului de elaborare participativă a bugetului pentru sănătate a fost instituirea unei comisii tehnice și politice care să lanseze inițiativa și să pregătească administrația pentru incluziunea participativă în legătură cu deciziile privind cheltuielile.

Apoi, a fost organizată o reuniune regională, deschisă participării tuturor organizațiilor cetățenești din zonă, în vederea informării și dezbaterii colective a principalelor probleme de sănătate din comunitate. În urma acestei reuniuni a fost obținută o listă de 46 de probleme de sănătate considerate a fi importante de femeile și bărbații din cadrul comunității. După o serie de alte întâlniri, acest număr a fost redus la 26 de probleme.

Rezultatele și evaluarea experienței

Participanții din cadrul comunității au indicat drept probleme prioritare absența unităților medicale, lipsa serviciilor specializate (împiedicând trimerile către spitale pentru tratamente mai complexe), precum și izolarea din ce în ce mai pronunțată pe timp de iarnă a persoanelor. În plus, procesele de elaborare participativă a bugetului au contribuit și la crearea unor noi rețele de relații între personalul tehnic din diferite domenii, deoarece unele dintre propunerile cetățenilor au necesitat coordonarea interdepartamentală, ceea ce a determinat o mai mare cuprindere a populației în materie de intervenții în domeniul sănătății.

Bibliografie

1. Ministerul Sănătății din Chile. Participación social en salud. Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile [Participarea socială în domeniul sănătății. Reflecții și instrumente pentru acțiune socială în Chile]. Santiago: Ministerul Sănătății din Chile; 2009 (http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MINSAL_MANUALdeSALUD.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Participatory budgeting [Elaborarea participativă a bugetului]. Rio Grande do Sul: Consiliul Municipal pentru Sănătate Porto Alegre; 2014 (<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/>, accesat la 5 decembrie 2014).

The people's budget. How participatory budgeting works [Bugetul populației. Cum funcționează elaborarea participativă a bugetului]. Manchester: Church Action on Poverty [Acțiune la nivelul bisericii pentru reducerea sărăciei]; 2015 (<http://www.thepeoplesbudget.org.uk/what/howpbworks/>, accesat la 16 iunie 2015).

Your community, your health, your voice in Southampton [Comunitatea dumneavoastră, sănătatea dumneavoastră, vocea dumneavoastră în Southampton]. Thornhill: Rețeaua de elaborare participativă a bugetului; 2014 (<http://pbnetwork.org.uk/your-community-your-health-your-voice/>, accesat la 16 iunie 2015).

Materiale suplimentare privind instrumentul metodei

Citizens jury handbook [Manualul juriului cetățenesc]. Saint Paul (MN): Jefferson Center; 2004 (http://www.epfound.ge/files/citizens_jury_handbook.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.9 Leicestershire (Regatul Unit). Juriu cetățenesc pentru minoritățile etnice din Leicestershire

Context

În 2005, Consiliul Comitatului Leicestershire (LCC) a lansat o anchetă cu privire la nevoile minorităților etnice din cadrul populației. Pe baza experienței anterioare cu privire la juriile cetățenești din zonă (în legătură cu serviciile rurale, tinerii și persoanele cu dizabilități), s-a considerat că un juriu cetățenesc ar fi ideal pentru planificarea acțiunilor publice legate de integrarea minorităților etnice (1).

Obiective

Obiectivele juriului cetățenesc au fost următoarele:

- ◆ identificarea principalelor obstacole în calea extinderii participării în rândul minorităților etnice în calitate de cetățeni cu drepturi depline;
- ◆ oferirea posibilității furnizorilor de servicii de a înțelege mai bine nevoile din ce în ce mai mari ale minorităților etnice rezidente;
- ◆ punerea la dispoziția utilizatorilor serviciilor publice a spațiului necesar pentru exprimarea cerințelor și evaluarea diverselor servicii disponibile.

Dezvoltarea procesului

Procesul a fost desfășurat pe parcursul mai multor etape, pe baza experienței anterioare a LCC în organizarea juriilor cetățenești. După efectuarea mai multor tipuri de activități bazate pe colectivități, principalele aspecte alese pentru deliberare în cadrul juriilor cetățenești au fost: înțelegerea diversității etnice în Leicestershire; informarea și consilierea în legătură cu serviciile publice; și accesul minorităților etnice la serviciile publice esențiale.

Juriul a fost format din 18 persoane. Înainte de inițierea procesului de deliberare, a fost organizată o zi de instruire pentru a crea climatul adecvat pentru cooperare și pentru a informa membrii juriului cu privire la obiectivele procesului și modul în care funcționează. Procesul de deliberare a avut apoi loc două zile. Părțile interesate publice și private implicate în problemă au vorbit la fiecare sesiune tematică. În urma intervențiilor, juriul a adresat întrebări, a ridicat diverse aspecte și a exprimat îndoieli, ajutând la procesul de luare a deciziilor. Astfel, dezbaterile și deliberările au fost simultane, concluziile finale luând forma unui raport și a unor recomandări privind un plan de acțiune.

Rezultatele și evaluarea experienței

Una dintre principalele constatări ale juriului a fost că legătura entităților publice cu minoritățile etnice era mult prea precară pentru a putea exista o înțelegere a nevoilor în materie de servicii publice ale acestei comunități. S-a concluzionat, de asemenea, că atât soluțiile identificate de juriu, cât și cele activate chiar de entitățile publice trebuie să fie monitorizate pentru a se asigura accesul echitabil la servicii de sănătate și servicii publice pentru populație, indiferent de originea acesteia.

Bibliografie

1. Consiliul Comitatului Leicestershire. Leicestershire's black minority ethnic citizens' jury. A final report on the process and the outcomes [Juriul cetățenesc din Leicestershire pentru minoritățile etnice. Raport final privind procesul și concluziile] Londra: ECOTEC; 2006 (http://www.leicestershiretogether.org/bmecj_agreed_final_report_march_2006.pdf, accesat la 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Buckinghamshire Citizen's Jury. Learning and outcomes report. Dementia services [Juriul cetățenesc din Buckinghamshire. Raport privind lecțiile învățate și concluziile]. Aylesbury: Consiliul Comitatului Buckinghamshire; 2011 (<https://democracy.buckscc.gov.uk/Published/C00000710/M00004795/AI00019093/BuckinghamshireCitizensJuryLearningReportFinal6102011.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).

Atelierele referitoare la acțiunile viitoare/pentru elaborarea scenariilor

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă, învățare; înțelegere; gestionarea informațiilor; timp pentru discuții; tipuri de acorduri; soluționarea conflictelor
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuții; decizii
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților; moduri de comunicare și decizii

Descriere și obiective

Atelierele referitoare la acțiunile viitoare sau atelierele pentru elaborarea scenariilor sunt tehnici foarte similare. Ambele implică propunerea de către participanți a unor descrieri ale scenariilor viitoare, pe baza reflecțiilor legate de dinamica evenimentelor care au loc, a modificărilor relațiilor dintre părțile interesate și a oricăror decizii pe care părțile interesate le iau în timp. În dezvoltarea acestei tehnici, participanții identifică scenarii viitoare favorabile și abordează propunerile de modificare, astfel încât problema pe care o abordează are evoluția dorită.

Aceste ateliere sunt de obicei utilizate pentru a analiza posibilele alternative în ceea ce privește situații trecute sau prezente care sunt percepute drept negative. Baza pentru această analiză este de obicei reprezentată de probleme complexe, situații în care există o mare probabilitate de schimbare sau contexte în care viitorul previzibil este considerat indezirabil.

Metoda

În etapa inițială de pregătire, trebuie să fie aleasă o temă pentru atelier, iar toți agenții sociali implicați în problemă sunt invitați să participe la atelier. Înainte ca atelierul să fie organizat, trebuie compilate date secundare și contextuale (economice, juridice, culturale, administrative etc.) pentru a contribui la documentarea tuturor reflecțiilor și discuțiilor generate.

După începerea atelierului, prima etapă este dedicată stabilirii principalelor probleme legate de tema dezbaterii. Pe baza experiențelor personale, participanții evidențiază aspectele problematice pe care le percep, utilizând cartonașe sau formate similare. În funcție de numărul participanților, problemele pot fi formulate individual sau în grupuri de dimensiuni mici.

După cartografierea problemelor, urmează valorificarea creativității participanților, în vederea stabilirii potențialelor capacități ale diferitelor părți interesate implicate de a soluționa problemele identificate, luând în considerare potențialele resurse disponibile și posibilele implicații ale oricăror decizii care ar putea fi luate. În acest sens, gradul de putere sau capacitatea oricăreia dintre aceste părți interesate de a genera schimbarea trebuie specificate, împreună cu orice posibile conflicte prezente sau viitoare generate între acești agenți sociali.

După ce sunt definite (a) problemele și (b) structura forțelor, eventualul scenariu (scenarii) pot fi analizate, începând cu definirea scenariului cu privire la care cele mai multe părți interesate consideră că este dezirabil și continuând cu compararea acestuia cu scenariul care pare a fi posibil sau probabil. În cazul în care cele două nu coincid, trebuie să fie concepute scenarii alternative. Poate fi util să se lucreze cu axe conceptuale opuse, descriind situațiile care sunt dezirabile și pe cele care trebuie evitate, trasând pentru fiecare dintre aceste scenarii opuse traiectoriile sau rutele care pot fi utilizate pentru a le implementa (pentru cele dezirabile) sau neutraliza (pentru cele care trebuie să fie evitate).

Rezultatul unui atelier de elaborare a unui scenariu este de obicei cristalizat în una sau mai multe hărți, însoțite de o descriere narativă. Aceste hărți trebuie să reflecte posibilele evenimente și modificări în cadrul relațiilor dintre părțile interesate implicate. În plus, în ceea ce privește planificarea, viitoarele hărți trebuie să includă indicatori ai traiectoriei. Acești indicatori acționează ca alarme sau semnale dacă viitorul temei avute în vedere se îndreaptă către un scenariu sau altul, pentru a ajusta intervențiile dacă este nevoie. Figura 3.10 definește metodologia pentru atelierul pentru elaborarea scenariilor, iar studiul de caz 3.10 descrie utilizarea scenariilor pentru îmbunătățirea colaborării strategice în cadrul Serviciului Național de Sănătate (NHS) din Regatul Unit.

Figura 3.10 Diagrama metodologică pentru atelierul referitor la acțiunile viitoare



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Valqui Vidal RV. Chapter 6. The future workshop. In: Valqui Vidal RV. Creative and participative problem solving – the art and the science [Soluționarea problemelor în mod creativ și participativ – arta și știința]. Lyngby: Universitatea Tehnică din Danemarca; 2006:1–21 (<http://www2.imm.dtu.dk/~rvvv/CPPS/6Chapter6Thefutureworkshop.pdf>, accesat la 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.10 Regatul Unit, Serviciul Național de Sănătate (NHS) Regiunea Nord-Vest. Utilizarea scenariilor pentru explorarea oportunităților de colaborare strategică între sectoarele comunității sociale și NHS

Context

În 2007, NHS pentru Regiunea Nord-Vest a demarat un proces de planificare strategică pentru proiectarea politicii sale în domeniul sănătății. Un exercițiu anterior de diagnosticare a situației a identificat o serie de modificări în contextul serviciilor de sănătate, precum reducerea progresivă a resurselor sau incapacitatea metodelor tradiționale de a asigura servicii corespunzătoare unei populații din ce în ce mai eterogene, în care prezența minorităților este din ce în ce mai numeroasă. Pentru a aborda aceste modificări, au fost concepute chestionare, fiind urmat un model de abordare ascendentă, în care populația și agenții sociali implicați au jucat un rol predominant (1).

Obiective

Obiectivele procesului au fost următoarele:

- ◆ generarea unei noțiuni colective a dimensiunii strategice a planificării serviciilor de sănătate;
- ◆ dezvoltarea de perspective diferite referitoare la orientarea strategică pe termen scurt și mediu;
- ◆ identificarea în avans a oricăror consecințe negative ale planurilor strategice într-o etapă inițială, în vederea ajustării priorităților și programelor necesare.

Dezvoltarea procesului

Elaborarea scenariilor a durat în total 12 luni. Pe perioada primelor trei luni ale procesului, au fost colectate date referitoare la caracteristicile considerate dezirabile și oportune de către participanți, inclusiv în domeniul serviciilor de sănătate, până în 2020. În acest scop, au fost efectuate peste 100 de interviuri cu personalul NHS, cadre medicale, funcționari publici locali și reprezentanți ai organizațiilor cetățenilor.

Studiu de caz 3.10 continuare

În etapa a doua, au fost organizate cinci ateliere pentru pregătirea scenariilor, fiecare implicând între 40 și 70 de participanți, care au discutat 24 de întrebări-cheie compilate în urma interviurilor din etapa anterioară. În plus, pentru pregătirea fiecărui scenariu au fost discutate puncte strategice, precum: ce caracteristici-cheie definesc scenariul; cum vor fi afectate inegalitățile din domeniul sănătății; ce roluri principale vor fi transformate; cine este responsabil pentru luarea deciziilor; ce impact va avea scenariul asupra costurilor și resurselor; etc.

Pe baza informațiilor colectate în cadrul atelierelor pe parcursul următoarelor șase luni, scenariile au fost elaborate, detaliate și testate în diferite contexte ale serviciilor de sănătate.

Rezultate și evaluarea experienței

Activitatea efectuată în cadrul atelierelor de elaborare a scenariilor a generat un ghid operațional în domeniul serviciilor de sănătate care a pus bazele activităților viitoare pentru implementarea strategiilor definite.

Bibliografie

1. Duggan M, Pashley S. Using scenarios to explore opportunities for strategic collaboration between the social community sectors and the NHS in the north west [Utilizarea scenariilor pentru a explora oportunitățile de colaborare strategică între sectoarele comunității sociale și NHS în Regiunea Nord-Vest]. Raport în urma unui atelier comun NHS/sectorul social organizat în perioada 23–24 februarie 2009. Manchester: NHS Regiunea Nord-Vest; 2009 (http://www.vsnw.org.uk/files/Publications/Social_sector_Workshop.doc, accesat la 16 iunie 2015).

Alte exemple de tehnici sau metode similare

Our shared future [Viitorul nostru comun]. Wetherby: Comisia pentru integrare și coeziune (Crown

Cercetare de tip acțiune participativă (CAP)

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; gestionarea informațiilor; relatări; timp pentru discuții; tipuri de acorduri; soluționarea conflictelor; transparență; grad de participare; responsabilitate; norme; sustenabilitate; control
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuții; decizie; legătură cu politici și cu acțiunea politică
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților; moduri de comunicare și decizii; autoritate și putere

Descriere și obiective

CAP este o metodă care combină cercetarea, planificarea și intervenția socio-comunitară. În esență, are ca scop compilarea cererilor factorilor de decizie implicați într-un proces de acțiune socială, în vederea transformării realităților existente și a sprijinirii comunității pentru a-și însuși resursele organizaționale (rețele, propuneri, acțiuni) și cunoștințe (instrumente pentru analiză și auto-diagnostic).

Principalul său obiectiv este să construiască, prin intermediul analizei participative, programe instituționale care implică cetățeni atât în proiectarea, cât și în dezvoltarea ulterioară a acestor acțiuni.

Metodă

CAP integrează tehnici și metodologii diferite. Deși poate fi stabilit un ghid general pentru diferite etape și momente în cadrul CAP, metoda nu este adesea prezentată în mod secvențial sau în etape, ci mai degrabă în suprapuneri. Poate începe cu un moment de reflecție inițială pentru programe sociale, sau alternativ cu reflecții asupra intervențiilor social-comunitare pentru a orienta acțiuni viitoare.

Etapa 1: negocierea, cererea și studiul preliminar

Obiectivul acestei prime etape este implicarea tuturor decidenților și stabilirea obiectivelor procesului. Spre deosebire de alte abordări de cercetare, obiectivele inițiale nu sunt fixate de echipa de cercetare sau de promotorii inițiativei, ci comunitatea este cea care trebuie să stabilească ce aspecte sau probleme necesită o atenție mai mare sau acțiune prioritară. În paralel cu această sarcină, un studiu preliminar și provizoriu trebuie realizat în ceea ce privește zona și populația incluse în studiu, în vederea contextualizării situației din comunitate prin date secundare (date demografice, economice, urbanism, structură socială și așa mai departe).

După ce această etapă exploratorie a fost realizată, un feedback structurat trebuie oferit decidenților într-un mod sistematizat, așa cum apare în toate etapele acestui tip de cercetare. Prin intermediul aproximărilor succesive, acest feedback sistematic este o cale de a obține treptat o listă a subiecte de studiat, considerate a fi semnificative de către persoanele implicate (în special comunitatea).

Etapa a 2-a: auto-diagnostic

Principalul obiectiv al acestui diagnostic - dezvoltat de decidenți înșiși cu sprijinul echipei de cercetare - este analiza critică a problemelor considerate a fi o prioritate de către membrii comunității. Aici pot fi folosite numeroase tehnici descrise în acest set de instrumente, în relație cu etapa de diagnostic. În mod normal, auto-diagnosticul se încheie cu ateliere de lucru sau cu reuniuni, în cadrul cărora cercetarea este sintetizată și, prin reflecție colectivă, sunt propuse proiecte sau acțiuni viitoare.

Etapa a 3-a: programarea și implementarea proiectelor

Această ultimă etapă presupune programarea și implementarea unui plan de acțiune. Munca depusă în etapa de cercetare și în mod specific informațiile obținute prin intermediul atelierelor de lucru și al rapoartelor, poate fi direcționată prin programare auto-orientată. Astfel de programare dezvoltă o serie de sarcini specifice care trebuie realizate pe baza calendarului, bugetului planificat și categoriilor de acțiune care s-au materializat pe parcursul procesului de cercetare și care trebuie să acționeze ca forțe motivaționale din spatele activităților ce urmează a fi realizate. Este auto-orientată deoarece urmărește să structureze și să obțină cooperarea între diferite grupuri într-o serie de acțiuni, pe cât de centrată și condusă de cetățeni este posibil, așa încât noi forme de design și management pot să apară pentru a le permanentiza. În cele din urmă, este de asemenea integrală deoarece leagă problemele generatoare cu cele integrale care urmează să fie dezvoltate; nu este doar suma problemelor care au apărut pe parcursul procesului.

Obiectivul ultim este de a crea platforme stabile care vor revigora comunitatea, capabile să realizeze, să evalueze și să ofere feedback cu privire la proiectele propuse și lansate.

După momentul de reflecție colectivă care evaluează acțiunile transformatoare, problema și situația de început pot fi re-evaluate, astfel încât să ducă la o nouă spirală în cadrul căreia situația abordată sau alte aspecte identificate ca fiind importante pe parcursul procesului să deschidă un nou ciclu de reflecție-acțiune-reflecție. Figura 3.11 ilustrează metodologia CAP, iar studiul de caz detaliază utilizarea CAP pentru a evalua nevoile de sănătate ale populației roma în Scoția (numiți adesea populație de țigani/nomazi în contextul din Marea Britanie).

Fig. 3.11 Diagramă metodologică pentru CAP



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Chevalier JM, Buckles DJ. Handbook for participatory action research, planning and evaluation. Ottawa: SAS2 Dialogue Inc.; 2013 (http://www.sas2.net/sites/default/files/sites/all/files/manager/Toolkit_En_March7_2013-S.pdf, accessed 5 December 2014).

Studiu de caz 3.11 Scoția (Marea Britanie). Voci din nord: evaluarea exploratorie a nevoilor comunităților de țigani/nomazi din nordul Scoției

Context

Diverse studii realizate între 1990 și 2004 au demonstrat că populația roma din Marea Britanie are o sănătate precară, chiar și în comparație cu alte comunități vulnerabile. Principalele probleme identificate includ lipsa continuității asistenței medicale, asistență medicală preventivă deficitară și atitudini intolerante ale personalului medical. În acest context, Centrul Național de Resurse pentru Sănătatea Minorităților Etnice din Scoția a lansat în 2005 un studiu pilot utilizând metode participative pentru a documenta diverse nevoi de sănătate ale populației de țigani/nomazi din Highlands (1).

Obiective

Obiectivele acestui proiect au fost următoarele:

- ◆ explorarea de metodologii care să implice comunitățile de țigani/nomazi în evaluarea nevoilor de sănătate;
- ◆ realizarea unei evaluări pilot de tip participativ a nevoilor de sănătate.

Dezvoltarea procesului

CAP a fost derulată pentru o perioadă de 9 luni, pentru a avea suficient timp în vederea dezvoltării unei relații de încredere și participare cu comunitatea de țigani/nomazi, și de asemenea pentru a implica comunitățile de nomazi cu prezență sezonieră (nu permanentă) în teritoriu. Alături de liderii comunității, o serie de ateliere de lucru și evenimente au fost organizate pe parcursul mai multor luni, pentru a stabili principalele nevoi de sănătate ale comunității de țigani/nomazi. Datele obținute au dus la realizarea unui raport către NHS, și în același timp au fost transformate în informații care să fie folosite chiar de către comunitate și de serviciile de sănătate.

Rezultate și evaluarea experienței

Principalii factori cheie care să le îmbunătățească starea de sănătate identificați de către populația de țigani/nomazi au fost: factori de mediu legați de serviciile de bază de canalizare; protecție împotriva discriminării și prejudiciilor din serviciile de sănătate; nevoia de a avea acces la informații despre nutriție, precum și nevoia de informații și ajutor pentru prevenirea dependenței de droguri.

Studiu de caz 3.11 continuare**Bibliografie**

1. National Resource Centre for Ethnic Minority Health. Voices from the north. Exploratory needs assessment of gypsy/traveller communities in the north of Scotland. Edinburgh: Health Scotland; 2007 (<http://www.healthscotland.com/uploads/documents/7855-VoicesFromNorth.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici și metode similare

Horton MM. The health and site needs of the transient gypsies and travellers of Leeds [website]. Leeds: Gypsy Roma Traveller Leeds; 2004 (<http://www.grtleeds.co.uk/Health/transientStudy.html>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Improving engagement with the Roma community. Research report. London: Roma Support Group; 2009 (<http://www.romasupportgroup.org.uk/documents/Roma%20Support%20Group%20Research%20Report.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014)

Planificare strategică participativă (PSP)

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; gestionarea informațiilor; timp pentru discuții; tipuri de acorduri; soluționarea conflictelor; transparență; grad de participare; responsabilitate; norme; sustenabilitate; control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuții; decizie; dezvoltare instituțională; legătură cu politici și cu acțiunea politică
Dimensiunea participării	Metode de selectare a participanților; moduri de comunicare și decizii; autoritate și putere

Descriere și obiective

PSP este un instrument de planificare și management care are în vedere orientarea eforturilor unei comunități către un viitor dorit. Pe baza principiilor participării populației și a consensului în rândul factorilor de decizie, proiectele viabile de dezvoltare comunitară sunt programate în detaliu. Prin urmare, principiile acestora sunt: participarea ca metodă de organizare și învățare colectivă, monitorizarea schimbărilor, evaluarea colectivă a rezultatelor, încercarea de a căuta spații mari pentru sinergii și articularea socială.

PSP are și un caracter integral, întrucât (cel puțin în teorie) are ca scop integrarea dimensiunilor multiple ale realității sociale, culturale, politice, economice și ecologice ale unei probleme.

Metodă

Procesul de planificare participativă depinde în esență de caracteristicile specifice ale contextului social în care este promovat și problemele abordate. Totuși, poate fi trasată o schemă metodologică centrală.

Întreaga planificare debutează cu o viziune a propriului viitor de către o comunitate. Primul pas în PSP este stabilirea viziunii comunității: imaginea mentală pe care populația o are pentru propriul viitor, pe termen mediu și lung. Această viziune, care reprezintă ideea directoare, va

avea rol de fundal pentru întreg procesul. Trebuie împărtășită cât mai multor factori de decizie, așadar este o idee bună implementarea unora dintre tehnicile participative prezentate anterior, ca de pildă ateliere de lucru de tip viitor sau scenariu. Odată ce viziunea este stabilită, generală și relativ abstractă, trebuie transformată în misiune, mult mai specifică. În general, misiunea este obiectivul general urmărit pe termen mediu (în mod normal nu mai mult de 5 ani), și trebuie obținut prin completarea de acțiuni strategice pe parcursul procesului de planificare, permițând apariția rezultatului așteptat.

Următoarea etapă implică stabilirea poziționării strategice existente în situația comunității. Cu ajutorul instrumentelor diagnostice, problema prezentă trebuie descrisă în mod corect, iar factorii de decizie și forțele sociale implicate trebuie identificate, împreună cu resursele disponibile și modelele organizaționale existente sau posibile.

După stabilirea liniilor directoare pentru a înțelege prezentul și a întrevădea viitorul dorit, următorul pas este activarea tuturor acțiunilor care au legătură cu planificarea strategică. Aceasta implică stabilirea unui plan de acțiune. În primul rând, implică structurarea misiunii comunității în dimensiuni sau obiective specifice, iar participanții și agenții sociali trebuie să proiecteze acțiuni care să atingă fiecare din aceste obiective. În mod similar, trebuie să fie o negociere colectivă a programului (care leagă acțiunile cu termenele de realizare) și o analiză de fezabilitate a fiecărei acțiuni (administrativă, economică, organizațională și așa mai departe). Un obiectiv secundar al acestei negocieri sau acord de consens este să găsească sinergii între participanți și agenții determinanți ai planului, pentru a profita la maximum de resursele prezente în comunitate și în cadrul instituțiilor, cu privire la îndeplinirea obiectivelor stabilite.

După ce planul este pus în aplicare, începe procesul de monitorizare. Acțiunile trebuie monitorizate în mod participativ pentru a verifica eficient realizările și să permită schimburi de opinii între factorii decidenți implicați. În plus, scopul acestei monitorizări este și de a genera dezbateri în jurul posibilităților de ajustări sau modificări la plan, pe baza unei schimbări sociale sau de alt fel care ar putea să apară în timp.

La finalul procesului, dar și simultan cu implementarea, este realizată evaluarea participativă. Scopul și execuția acestei evaluări trebuie să fie participativă; cu alte cuvinte, lecțiile învățate trebuie să fie utile nu doar pentru agenții care planifică, dar și pentru populația implicată în funcționarea sa ca grup comunitar. Figura 3.13 prezintă metodologia pentru PSP, iar Studiul de caz 3.12 descrie utilizarea PSP pentru a capacita comunitățile minoritare din Albania.

Fig. 3.12 Diagramă metodologică pentru PSP



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Bath P. Participatory strategic planning. A how-to guide for nonprofits. Aligning visions. Truckee (CA): Aligning Visions LLC; 2013 (<http://www.aligningvisions.com/19.html>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.12 Albania. Capacitarea comunităților minoritare vulnerabile din Albania**Context**

Acest proiect, lansat în 2008, este derulat de UNDP. În esență, s-a născut din condițiile de viață deficitare identificate în rândul minorităților etnice din Albania, în special grupuri de roma și de egipteni. În acest context, a fost lansat programul cunoscut sub numele "Capacitarea comunităților locale vulnerabile din Albania", care s-a concentrat pe nivelul local, susținând comunitățile roma sau egiptene, precum și pe nivelul central, sprijinind Ministerul Muncii Sociale și oportunităților egale în implementarea și monitorizarea Strategiei Naționale pentru Romi (1).

Obiective

Obiectivele acestui program au fost următoarele:

- ◆ sporirea și consolidarea încrederii, capacității și demnității;
- ◆ reducerea excluziunii sociale a minorităților etnice vulnerabile din Albania, în special populațiile roma și egipteană.

Dezvoltarea procesului

Proiectul a coordonat activitățile agențiilor care lucrează cu minorități vulnerabile și a furnizat asistență directă celor mai sărace și mai marginalizate comunități roma la nivel local (sate și cartiere) din trei regiuni din Albania: Tirana, Elbasan și Fier. Activitățile proiectului au sprijinit în mod direct comunitățile prin promovarea palmificării participative. Abordările de planificare participativă a dezvoltării au sprijinit participarea comunităților vulnerabile în procesul decizional local prin identificarea priorităților, pregătirea planurilor de dezvoltare comunitară și implementarea proiectelor de dezvoltare comunitară în parteneriat cu autoritățile locale.

Rezultate și evaluarea experienței

În procesele PSP au fost identificate, printre altele, următoarele elemente comune:

- » Sunt necesare specificații, care au ca scop furnizarea de formare specifică personalul medical și asistenților medicali care lucrează cu minorități etnice;
- » Întâlniri consultative constante organizate cu ONG-uri roma, în ceea ce privește discutarea priorităților pentru acest segment de populație în perioada 2013-2017;
- » Este nevoie de creșterea conștientizării prin întâlniri cu membrii comunității roma cu privire la cum să fie abordate autoritățile locale atunci când se pun în discuție aspecte legate de gunoiul menajer, aprovizionarea cu apă și serviciile de canalizare.

Totodată, programul funcționează în parteneriat cu Guvernul albanez și cu societatea civilă pentru a implementa Strategia Națională pentru Romi în Albania.

Bibliografie

1. Empowering vulnerable local communities – UN joint programme [website]. Tirana: United Nations Development Programme Albania; 2010 (<http://www.undp.org.al/index.php?page=projects/project&id=201>, accessed 5 December 2014).

Alte exemple de tehnici și metode similare

Review of EU framework national Roma integration strategies (NRIS). Open Society Foundations review of NRIS submitted by Bulgaria, the Czech Republic, Hungary, Romania and Slovakia. New York (NY): Open Society Foundations; 2012 (<http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-integration-strategies-20120221.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Youth participation in neighborhood planning for community health. Final report. Participatory planning with young people in the Brightmoor and Rosedale Park neighborhoods of Detroit. Detroit (MI): University of Michigan; 2010 (<http://ssw.umich.edu/public/currentprojects/youthandcommunity/neighborhoodPlanningReport.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Implementare

Co-management al serviciilor de sănătate

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; gestionarea informațiilor; timp pentru discuții; tipuri de acorduri; soluționarea conflictelor; transparență; responsabilitate; norme; sustenabilitate; control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuții; decizie; dezvoltare instituțională; legătură cu politici și cu acțiunea politică
Dimensiunea participării	Moduri de comunicare și decizii; autoritate și putere

Descriere și obiective

Co-managementul serviciilor de sănătate este o modalitate specifică de structurare a spațiilor participative legate de ideea de guvernare comunitară. Co-managementul implică comunitatea și participarea și cooperarea diferitelor grupuri pe care le cuprinde, în condiții egale cu instituțiile din managementul serviciilor de sănătate publică. Această resursă participativă caută să crească creativitatea, implicarea și co-responsabilitatea decidenților din comunitate în proiectarea și monitorizarea programelor de sănătate.

Ideal, co-managementul serviciilor de sănătate trebuie să fie produsul procesului de PSP. Am observat că instrumentele de planificare participativă dezvoltă o serie de zone pentru acțiune. În această sferă, co-managementul este adesea una din aceste zone care rezultă din procesul de planificare participativă, furnizând totodată un indicator coerent pentru managementul participativ. Obiectivul ultim este de a genera platforme stabile și/sau parteneriate pentru colaborare în domeniul asistenței medicale, între administrația și societatea civilă a unei țări.

Metodă

Este necesară realizarea unei serii de etape sau pași pentru crearea unui model pentru co-management participativ.

Primul pas este etapa pregătitoare. Nivelul instituțional, alături de organizațiile sociale, trebuie să evalueze nevoia de a stabili un mecanism de co-management și dacă acesta este viabil din punct de vedere tehnic și financiar. Va fi necesară (dacă nu a fost deja realizată într-un proces anterior de planificare) cartografierea agenților sociali implicați în sau afectați de problema respectivă și contactarea acestora pentru a stabili întâlniri preliminare pentru a defini nevoile care trebuie satisfăcute și serviciile care vor fi realizate în co-management. Este utilă aplicarea de tehnici participative pentru diagnostic sau planificare, ca cele descrise în acest manual.

A doua etapă implică negocierea responsabilităților diferiților factori de decizie, definirea formelor legale ale acordului de co-management și propunerea de reguli de funcționare. Acest lucru necesită asistență tehnică de specialitate pentru a asigura faptul că rezultatele dezbaterii participative în rândul diferiților decidenți poate fi transpusă în mod fezabil într-un cadru de lucru legal și valid, în contextul legal relevant. Prin intermediul a numeroase întâlniri și ateliere de lucru, este necesară crearea de auto-reglementări pentru a gestiona serviciile de sănătate alese. Pentru a stabili aceste auto-reglementări, fiecare dintre elementele cheie trebuie să fie subiectul dezbaterii și deliberării colective, așa încât reglementările finale să reflecte întru totul

rezultatele obținute. În mod specific, regulile de operare trebuie să detalieze procedurile urmate, luând în calcul competențele fiecărui factor de decizie, resursele disponibile pentru a implementa aceste competențe, modul de mediere a conflictelor potențiale, precum și protocoalele pentru continuarea acțiunilor.

A treia etapă are în vedere implementarea modelului de co-management. Procesele sunt lansate, iar diferiții factori de decizie implicați dezvoltă protocoale de co-management și reflectează în permanență la rezultatele generale, permițând reintroducerea de stiluri noi și acțiuni agreeate. Pentru aceasta, este nevoie de întâlniri constante cu comunitatea pentru a evalua rezultatele și lecțiile învățate în timpul procesului, modificând acolo unde este necesar condițiile de co-management. Figura 3.13 prezintă metodologia pentru co-managementul serviciilor de sănătate, iar Studiul de caz 3.13 descrie felul în care participarea comunitară și co-managementul au fost utilizate de organizații cetățenești din Peru.

Fig. 3.13 Diagramă metodologică pentru co-managementul serviciilor de sănătate



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Society of Hospital Medicine. A guide to building a co-management program. Philadelphia (PA): Hospital Medicine Organization; 2005 (http://www.hospitalmedicine.org/Web/Practice_Management/Co-Management/program_building_guide.aspx, accesat pe 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.13 Peru. Comunități de Administrarea Locală a Sănătății (CLAS)

Context

CLAS sunt organizații cetățenești, promovate de Ministerul Sănătății din Peru, formate din reprezentanți ai societății. În 1993, Guvernul peruvian a lansat programul Administrație Comună și CLAS. Scopul acestui program a fost să răspundă situației dificile cu care se confrunta Peru după anii de conflict violent și hiperinflație, care au ajuns la apogeu la sfârșitul anilor 1980 și la începutul anilor 1990. În acest context, CLAS au fost dezvoltate cu ajutorul unui nou model de finanțare și de management pentru asistența medicală primară, cu participarea comunității în rol de componentă-cheie a co-managementului (1, 2).

Obiective

Principalul obiectiv al CLAS este îmbunătățirea acoperirii și calității serviciilor de asistență medicală primară prin intermediul co-managementului comunității.

Dezvoltarea procesului

Scopul și aplicarea practică a CLAS se învârt în jurul monitorizării și managementului serviciilor de asistență medicală primară și al sprijinirii implementării lor, având în vedere asigurarea calității. Un contract formal semnat de fiecare CLAS și de Departamentul Regional de Sănătate în fiecare domeniu specifică responsabilitățile referitoare la planurile locale de sănătate (PSL). În acest scop, CLAS proiectează, implementează și evaluează PSL pe baza consensului comunitar, detaliind activitățile și țintele anuale de asistență medicală. De asemenea, recrutează și evaluează personalul care lucrează în unitățile sanitare și asigură aprovizionarea bunurilor și serviciilor necesare pentru funcționarea PSL.

Studiu de caz 3.12 continuare

În fiecare lună, CLAS prezintă Departamentului de Sănătate rapoarte care justifică cheltuielile și detaliază progresul PSL, pe baza cărora Guvernul autorizează transferul de resurse pentru următoarea lună. În plus, în fiecare an, conturile sunt revizuite și auditate, și este depus un raport cu privire la activitățile desfășurate. Guvernul asigură finanțarea, precum și recomandări privind asistența medicală, aspecte legale, taxe și participarea comunitară pentru membri CLAS.

Rezultate și evaluarea experienței

Implementarea modelului local de management sanitar bazat pe CLAS a permis reorganizarea administrării serviciilor de sănătate. Modelul funcționează în cele 24 de departamente regionale ale țării. În prezent, aproape 3000 de membri ai comunității participă la co-managementul sănătății prin intermediul CLAS, dar se estimează că peste 6000 de persoane au participat de la începutul programului. Guvernul peruvian a extins treptat această finanțare pentru asistența sanitară și modelul de management prin CLAS, oferind chiar ocazia de a gestiona în mod direct resursele atribuite unui număr de peste 1200 de unități sanitare din țară.

Bibliografie

1. Orientaciones para una conformación más participativa de las CLAS y su vínculo a los gobiernos locales, en un marco de Enfoque Basado en Derechos [Guidelines for a more participatory conformation of CLAS and its link to local governments, in the context of a rights-based approach]. Lima: CARE Peru; 2007 (<http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/2441/1/BVCI0001748.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).
2. Díaz RM. CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de salud [CLAS: an experience to decentralize health services]. *Semanario Gestión Médica* 2001;6(226):18–19.

Alte exemple de tehnici și metode similare

Ford R, Angermeier I. Creating a learning health care organization for participatory management: a case analysis. *J Health Organ Manag.* 2008;22(3):269–293.

Mbengue CSA, Tingbe-Azalou A, Omyale P. Health zones, co-management, and decentralization in Benin (Technical Report No. 52). Bethesda (MD): Partnerships for Health Reform Project, ABT Associates Inc.; 2000 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacm262.pdf, accesat pe 5 decembrie 2014).

Spital prietenos

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; legătură cu politici și cu acțiunea politică
Dimensiunea participării	Moduri de comunicare și decizii

Descriere și obiective

Spitalul prietenos este un model de intervenție în spitale, centrat pe grupuri minoritare (minorități etnice, migranți, grupuri discriminate și așa mai departe). Principalul obiectiv este de a asigura adecvarea comunicării și a protocoalelor de îngrijiri de sănătate pentru a încuraja aceste grupuri să coopereze în sfera asistenței medicale și, în acest fel, să-și îmbunătățească propria lor stare de sănătate.

În aceste procese, participarea comunității țintă este fundamentală, așa încât spitalele pot evalua în mod corect nevoile acestora și să-și adapteze în mod corespunzător comunicarea. Cooperarea

organizațiilor comunitare în implementarea modelului permite o viziune receptivă a spitalelor să fie generată de aceste grupuri populaționale minoritare, care vor avea și rol de consultanți și vor acoperi deficiențele de comunicare între spitale și pacienți.

Metodă

Dezvoltarea modelelor de spital prietenos începe în mod normal cu o evaluare internă a instituțiilor sanitare care direcționează procesul, pentru a determina principalele probleme care apar în tratamentul și comunicarea cu grupurile țintă. În această etapă preliminară, este de asemenea util să fie strânse date secundare pentru a contextualiza populația în termeni socio-demografici și pentru a identifica cele mai frecvente profile clinice identificate.

După determinarea nevoilor interne, diferite organizații sociale care au legături cu comunitățile țintă și cu persoanele din aceste comunități (utilizatori de servicii medicale, pacienți, aparținători și așa mai departe) sunt invitate să participe la proiect. Prin aplicarea tehnicilor de diagnostic participativ, scopul acestei etape este evaluarea principalelor nevoi de sănătate ale populației și problemele cu care se confruntă în relația uzuală cu personalul medical. Procesul de diagnostic trebuie să stabilească cel puțin următoarele subiecte:

- » principalele riscuri pentru sănătate din comunitate;
- » zonele prioritare de îngrijiri de sănătate care necesită intervenție;
- » protocoale de acțiune timpurie;
- » măsuri de prevenție;
- » elemente de diversitate culturală legate de sănătate;
- » solicitările legate de competențele de comunicare ale personalului medical.

În timpul procesului de diagnostic, de obicei este creat un grup de coordonare și monitorizare, constând în reprezentanți ai organizației comunitare, lideri de politici sanitare și profesioniști din sectorul medical. Acest grup acționează ca un canal de comunicare regulată între spitale și comunitate. Pe baza rezultatelor diagnosticului, sunt realizate diverse acțiuni pregătitoare, alături de training și de proiectarea strategiilor de comunicare adaptate populației țintă.

Următoarea etapă constă în implementarea modelului, care de obicei este realizată intern, în cadrul diferitelor departamente ale unității spitalicești, sau prin crearea de servicii de mediere interculturale. În acest caz din urmă, serviciul se poate baza pe spital, dar poate fi implementat prin stabilirea de parteneriate cu organizații comunitare în contact cu populația țintă. Figura 3.14 detaliază metodologia pentru spitalul prietenos, iar Studiul de caz 3.14 descrie procesul urmat de introducerea centrelor sanitare adaptate migranților din Catalonia.

Fig. 3.14 Diagramă metodologică pentru spitalul prietenos



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

European Commission. e migrant-friendly hospitals project – in a nutshell. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (WHO Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion); 2005 (<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.14 Catalonia (Spania). Evoluție către centre prietenoase cu migrații

Context

Acesta este un proiect în colaborare, lansat în iunie 2003 cu participarea asociației de servicii medicale numită Asociación Salud y Familia și sistemul public de sănătate din Catalonia. Asociația Asociación Salud y Familia este un ONG care proiectează și promovează modele de îmbunătățire a accesibilității și utilizării serviciilor de sănătate, ținând grupurile vulnerabile, cum ar fi migrații aflați în poziții dezavantajate din punct de vedere social și cultural (1).

Cinci spitale și 18 centre de asistență primară au luat parte în acest proiect, în special în zone cu o prezență importantă de minoritari etnici și migrați, cu statut legal și ilegal.

Obiective

Obiectivele proiectului au fost următoarele:

- ◆ îmbunătățirea condițiilor generale de furnizare a serviciilor de sănătate către populația migrantă;
- ◆ creșterea disponibilității serviciilor adaptate cultural;
- ◆ îmbunătățirea comunicării prin eliminarea barierelor de limbă și culturale între personalul medical și migrații;
- ◆ creșterea utilizării adecvate a serviciilor și nivelului de satisfacție în rândul pacienților și populației migrante.

Dezvoltarea procesului

Anumite secvențe de evenimente au fost urmate în dezvoltarea acestui proiect în diferite spitale și centre de sănătate. Prima sarcină a fost evaluarea nevoilor interne din centre cu privire la adaptarea interculturală a serviciilor și protocoalelor de sănătate. Apoi a fost stabilită coordonarea grupurilor, așa încât să cuprindă profesioniști din centrele de sănătate și organizații comunitare, pentru a pune în comun cunoștințele, experiența și recomandările comportamentale pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor furnizate populației migrante. În sfârșit, unitățile de mediere interculturală au fost create pentru a face recomandări instituțiilor spitalicești și pentru a ghida populația migrantă în satisfacerea nevoilor lor de sănătate. Profilul acestor unități de mediere interculturală a fost crescut, pentru a le face mai vizibile în centrele de servicii medicale și în zonele cu populație străină semnificativă.

Rezultate și evaluarea experienței

Centrele de sănătate incluse în acest proiect folosesc aproximativ 30 de mediatori din organizațiile comunitare, care acoperă zonele cu numeroși migrați din America Latină, Africa de Nord, Pakistan, România și China, și oferă sprijin direct pentru 100.000 de pacienți migrați. Proiectul are în vedere adaptarea interculturală a informațiilor și materialelor de educație pentru sănătate. Proiectul a început să revizuiască procedurile care generează conflict intercultural, iar unele dintre centrele participante intenționează să încorporeze minoritari etnici în planurile de recrutare de personal.

Bibliografie

1. Immigration and health area [website]. Barcelona: Asociación Salud y Familia; 2013 (<http://www.saludyfamilia.es/en/immigration-health/from-compatriot-to-compatriot>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici și metode similare

Baby-friendly hospital initiative [website]. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Mendez E. Evolution towards migrant friendly health centers. Paper presented at the 16th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services, Berlin, 14–16 May 2008. Barcelona: Asociación Salud y Familia; 2008 (http://www.ausl.re.it/HPH/FRONTEND/Home/DocumentViewer.aspx?document_id=238, accesat pe 5 decembrie 2014).

Programe de mediere sanitară

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; decizie; dezvoltare instituțională
Dimensiunea participării	Moduri de comunicare și decizii

Descriere și obiective

Programele de mediere sanitară oferă o resursă de intervenție care are ca țintă facilitarea comunicării și a dialogului între grupuri minoritare și autorități publice, pentru îmbunătățirea sau adaptarea serviciilor de sănătate pentru aceste grupuri. Acest instrument se referă la un profil de ocupație cu o serie de abilități specifice, mai degrabă decât la un proces comunitar.

În acest caz, elementul participativ important este rolul proeminent al agenților de legătură cu comunitatea ca mediatori. Din această poziție, percepțiile, opiniile și comportamentele populației minoritare pot fi luate în calcul la implementarea serviciilor de sănătate. Prin urmare, mediatorul are rol de verigă de legătură între minorități și serviciile sociale și de sănătate.

Metodă

Prima etapă în crearea programelor de mediere sanitară constă în identificarea, de către autoritățile sanitare, a problemelor în interacțiunea cu minoritățile și grupurile specifice.

După identificarea locurilor și domeniilor din sănătate în care există conflicte reale sau potențiale (în ceea ce privește sănătatea reproducerii, servicii de prevenție, asistență primară și așa mai departe), următoarea etapă se concentrează pe crearea unui plan de training pentru mediatorii sanitari din comunitate.

În practică, aceste planuri de training pot fi foarte diferite din punct de vedere al formatului. Unele cazuri încorporează trainingul în programele oficiale de formare, iar altele proiectează activități specifice de training în afara cadrului academic tradițional. Unele tipuri de training beneficiază de finanțare publică, în timp ce alte programe sunt finanțate privat sau de fundații. Conținutul sesiunilor de training este, de obicei, centrat pe aspecte medicale, mai specific pe concepte și protocoale aplicate în diferite zone ale furnizării de servicii medicale în care au fost identificate nevoi speciale de mediere. De asemenea, conținutul trainingului este adesea centrat pe furnizarea de abilități de comunicare mediatorilor, în sensul creării de formate sau strategii adecvate pentru comunicarea cu comunitatea. Modalitățile de training, care în mod normal se doresc a fi cuprinzătoare în abordare, antrenează o serie de diferiți agenți sociali ca profesori/formatori: cercetători, personal medical - inclusiv asistenți medicali, experți în aspecte etice și grupuri minoritare, reprezentanți ai sistemului public de sănătate, precum și organizații de cetățeni care asigură legătura cu grupurile minoritare cărora se adresează activitatea de mediere.

În mod specific, principalele funcții ale mediatorului sanitar sunt:

- » sprijinirea minorităților privind modul de obținere a documentelor administrative de care au nevoie pentru a avea acces la asigurarea medicală;

- » atragerea atenției cu privire la importanța prevenției și a nevoii de accesare a serviciilor medicale pentru rezolvarea problemelor de sănătate;
- » direcționarea oamenilor către serviciile de sănătate adecvate în fiecare caz;
- » preluarea rolului de traducător pentru profesioniștii din sănătate pentru a depăși barierele de limbaj;
- » consiliază autoritățile sanitare locale cu privire la lansarea de campanii sau activități informative cu scopul de a se adresa comunităților formate din minorități;
- » dezvoltarea de programe de educație pentru sănătate împreună cu comunitățile;
- » oferirea de asistență legală persoanelor care au fost victimele oricărei forme de discriminare în contextul sănătății.

După training, programele sunt implementate. În acest moment, trebuie făcute două recomandări, care vor determina în mare măsură succesul acestor programe. În primul rând, prin includerea unui număr semnificativ de membri din comunitățile minoritare în echipa de mediatori, este mai ușoară obținerea unui implicări comunitare mai mari în rezolvarea problemelor. În al doilea rând, dacă programele de mediere sanitare sunt implementate în complementaritate cu alte programe care au scop reducerea sărăciei sau discriminării, rezultatele tind să fie mult mai bune. Figura 3.15 arată metodologia pentru programele de mediere sanitară, iar Studiul de caz 3.15 descrie felul în care poziția de mediator sanitar roma a fost introdusă în sistemul sanitar din România.

Fig. 3.15 Diagramă metodologică pentru programele de mediere sanitară



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Mediating Romani health. Policy and program opportunities. New York (NY): Open Society Institute; 2005 (http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma_health_mediators.pdf, accesat pe 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.15 România. Programul de mediere sanitară roma

Context

România a fost prima țară din estul Europei care a lansat un program de mediere sanitară adresat populației roma. În 2005, un studiu realizat de Agenția Națională pentru Romi în colaborare cu Banca Mondială a ajuns la concluzia că aproximativ 1 milion de romi locuiau în comunități compacte în România. Această minoritate prezenta de departe cele mai grave rezultate de sănătate în rândul populației din România.

În acest context, în august 2002 Ministerul Familiei și Sănătății a aprobat o hotărâre care a oficializat profesia de mediator sanitar roma în cadrul sistemului public de sănătate din România (1, 2).

Studiu de caz 3.15 continuare**Obiective**

Principalele obiective ale Programului de mediere sanitară au fost:

- ◆ îmbunătățirea condițiilor generale de furnizare a serviciilor de sănătate către populația migrantă;
- ◆ îmbunătățirea accesului comunităților roma la servicii de prevenție și de îngrijiri de sănătate;
- ◆ oferirea posibilității de angajare femeilor roma, în cadrul comunității;
- ◆ combaterea discriminării prin accentuarea participării sociale;
- ◆ creșterea cunoștințelor comunităților roma în domeniul promovării sănătății, concentrându-se în special pe sănătatea copilului și familiei și subliniind importanța educației;
- ◆ încurajarea cooperării active și a implicării comunității în implementarea politicilor și a programelor naționale de sănătate.

Dezvoltarea procesului

Programul a început în octombrie 2002 și are două componente principale: prima, formarea mediatorilor sanitari în cadrul unui parteneriat între Ministerul Sănătății și Romani CRISS (un ONG care aparține parțial populației Roma), și a doua, dezvoltarea activităților mediatorilor sanitari. În conformitate cu o hotărâre de ministru, toți mediatorii trebuie formați și cetificați de Romani CRISS.

Rezultate și evaluarea experienței

Unul din principalele succese ale acestei intervenții sociale este că prima etapă - formarea de bază - a fost dezvoltată de specialiști romi; prin urmare, populația roma a fost implicată încă de la începutul programului.

Principalele activități derulate de mediatori au fost: facilitarea comunicării între pacienți și personalul medical; sprijin pentru populația roma cu privire la procedurile birocratice pentru a beneficia de asistență medicală; desfășurarea de muncă în comunitate cu populația pentru a încuraja prevenția în îngrijirile de sănătate și pentru a îmbunătăți accesul la sistemul de sănătate.

În 2008, aproximativ 700 de mediatori sanitari au luat parte la program, și resursele alocate s-au înmulțit de 10 ori față de începutul programului.

Bibliografie

1. Roma health mediation in Romania: case study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (Roma Health Case Study Series No. 1) (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/roma-health-mediation-in-romania>, accesat pe 19 iunie 2015).
2. Gheorghiu V, Dumitra G, Domiloiu AM. Involving the Roma health mediators in the national program for immunization in the Roma communities in Romania. Presentation poster for ECDC consultation meeting "Inform, protect, immunize: engaging underserved populations" in Dublin, Ireland, 4–6 September 2012. Solna: European Centre for Disease Prevention and Control; 2012 (<http://ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/Romania-Involving-Roma-Health-Mediator-into-national-program-immunization-Roma.pdf>, accesat pe 19 iunie 2015).

Alte exemple de tehnici și metode similare

Roma health mediators: successes and challenges. New York (NY): Open Society Foundations; 2011 (<http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Training of Roma health mediators in reproductive health. Bucharest: JSI Research & Training Institute Inc.; 2005 (http://romania.jsi.com/Docs/rfhi_rhm_training_rh.pdf, accesat pe 5 decembrie 2014).

Monitorizare

Monitorizare participativă

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; managementul informațiilor; relatare; grad de participare; responsabilitate; sustenabilitate; control; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuție
Dimensiunea participării	Metode de selecție a participanților; moduri de comunicare și decizii

Descriere și obiective

Monitorizarea participativă implică în mod obligatoriu programe sau planuri de monitorizare prin implicarea activă a comunității. Acest proces reprezintă o continuare a diagnosticului și planificării participative, deși poate fi aplicat chiar dacă etapele anterioare nu au fost create sau implementate în mod participativ.

Obiectivul fundamental al acestei metode a fost să verifice programele existente și să le adapteze în conformitate cu rezultatele, pe baza reflecțiilor părților interesate implicate.

Metoda

Prima sarcină a monitorizării participative este să implice toate părțile interesate sau agenții sociali implicați în etapele de planificare și care sunt prezenți în implementarea proiectului. Spațiile participative create pentru monitorizare pot fi formale sau informale, dar este recomandată crearea unui organism recunoscut atât de comunitate, cât și de instituțiile implicate. În numeroase cazuri, acest organism este creat sub forma unei comisii de monitorizare, primele întâlniri fiind orientate pe trainingul membrilor. Scopul acestui proces este ca părțile interesate implicate să capete cunoștințele și abilitățile necesare în relația cu factorii juridici, tehnici și bugetari ale politicilor de sănătate care sunt monitorizate.

După activarea cooperării reciproce și după stabilirea competențelor necesare, următorul pas este definirea elementelor proiectului (proiectelor) care urmează să fie monitorizate. Acestea pot fi activități, servicii, produse și așa mai departe. Prin definirea operațională a acestor elemente, pot fi create diferite instrumente sau dispozitive care să înregistreze informația.

Acest lucru marchează începutul colectării datelor, care are ca scop compilarea sistematică a experiențelor comunității în proiecte și, cel mai important, înregistrarea modificărilor care au loc ca rezultat al acțiunilor dezvoltate. În plus, în această etapă, metodele participative trebuie folosite și pentru a crea indicatori care pot înregistra progresul acțiunilor inițiate. Această sarcină poate fi realizată utilizând o serie largă de tehnici: ateliere de lucru, forumuri publice, întâlniri la nivel local, chestionare la nivel de unitate sanitară, vizite în comunitate, audituri de bugete sociale și așa mai departe.

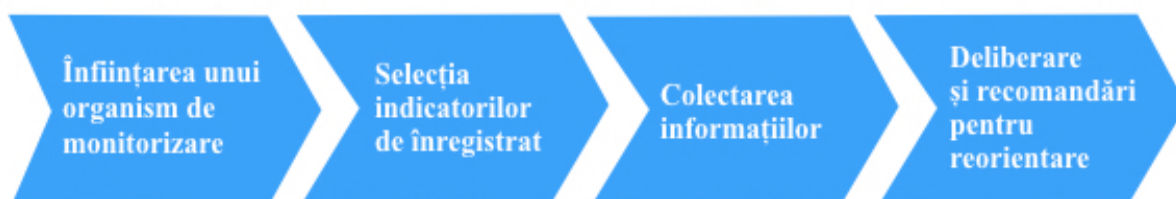
Referitor la tehnica utilizată, conținutul înregistrat trebuie să se concentreze pe evaluarea de către comunitate a serviciilor sau acțiunilor desfășurate, precum și sustenabilitatea și alocarea de resurse tehnice și umane, subliniind în ambele cazuri rezultatele obținute și dificultățile întâmpinate. Aceste informații pot fi colectate într-un anumit punct al procesului, deși se

recomandă adunarea informațiilor periodice, pe tot parcursul activității, pentru a putea înregistra orice schimbare în timp.

După ce informațiile au fost sistematizate, este momentul pentru reflecție și dezbateri colective, care au ca scop evaluarea modificărilor efective în calitatea vieții în comunitate, care au legătură cu implementarea proiectului. Este recomandabilă întocmirea unui raport bazat pe analiza acestor date care să fie prezentat autorităților responsabile pentru diferitele proiecte, alături de un plan de acțiune participativ care să rezolve orice probleme identificate.

Dat fiind că monitorizarea este o activitate periodică, după ce aceste sarcini sunt finalizate, trebuie inițiată o nouă rundă de colectare de informații și analiză pentru a evalua modificările în relație cu cel mai recent ciclu de monitorizare. Figura 3.16 prezintă metodologia pentru monitorizare participativă, iar Studiul de caz 3.16 descrie rezultatele unui raport de întâlnire de la o întrevvedere de practicieni care discută monitorizarea comunitară pentru responsabilitate în sănătate.

Fig. 3.16 Diagramă metodologică pentru monitorizare participativă



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Barreto Dillon L. Participatory monitoring and evaluation [website]. Basel: Sustainable Sanitation and Water Management Toolbox (Seecon International); 2013 (<http://www.sswm.info/category/planning-process-tools/ensuring-sustainability/tools-ensure-sustainability/ensure-sustain-0>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.16 Fundațiile pentru o Societate Deschisă. Practicienii convin asupra monitorizării comunitare pentru responsabilitate în sănătate: experiențele participanților în monitorizarea comunitară

Context

Acest exemplu nu este o experiență specifică, ci mai degrabă analizează principalele componente ale unui raport realizat în cadrul întâlnirii referitoare la monitorizarea comunității în sănătate, care a avut loc în Johannesburg, Africa de Sud, în iulie 2011. Raportul a fost întocmit de către Inițiativa pentru Responsabilitate și Monitorizare în Sănătate a Programului de Sănătate Publică al OSF, în colaborare cu un grup consultativ de practicieni cu experiență. Rezultatele raportului se bazează pe analiza chestionarelor semi-structurate la care au răspuns 21 de organizații din Africa, Americi și Asia (1).

Obiective

Principalul obiectiv al raportului a fost reflectarea diferitelor experiențe, abordări și metodologii folosite în implementarea monitorizării participative în legătură cu inițiativele de sănătate.

Studiu de caz 3.16 continuare**Dezvoltarea procesului**

Cel mai frecvent obiectiv în crearea unei inițiative de monitorizare participativă în sănătate a fost - în opinia organizațiilor implicate, să îmbunătățească serviciile publice de sănătate și să îmbunătățească comunicarea între administrația publică și comunitate.

La definirea proceselor de monitorizare participativă, autoritățile au colaborat pe de-o parte la training, pe de altă parte la oferirea documentației necesare de către organizațiile responsabile pentru monitorizare, precum și asistența juridică și tehnică în reflecțiile colective.

A fost utilizată o varietate mare de tehnici de colectare a datelor și de analiză: tabele de scoruri, pentru ca utilizatorii de servicii de sănătate să dea calificative pentru calitatea serviciilor; interviuri cu lideri ai comunității și participanți; analiza înregistrărilor referitoare la intervențiile pentru sănătate, focus grupuri; analiza mediilor de comunicare și altele.

Rezultate și evaluarea experienței

Procesele de monitorizare au îmbunătățit capacitatea de răspuns a autorităților, datorită vigilenței cetățenilor, sporind totodată încrederea reciprocă prin experiența muncii împreună. Aspectele mai negative ale procesului au inclus un procent semnificativ de răspunsuri care s-au referit la timpul excesiv alocat monitorizării și dificultății întâlnite în implicarea în proces a celor mai marginalizate grupuri.

Bibliografie

1. Practitioners convening on community monitoring for accountability in health: participant experiences in community monitoring. New York (NY): Open Society Foundations; 2011 (<http://health.accel-it.lt/assets/110718%20Johannesburg/Synthesis%20of%20Practitioner%20Experiences%20in%20community%20monitoring.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici sau metode similare examples of similar techniques or methods

Guvernul Croației, Biroul pentru Minorități Naționale. Summary report on the workshop on participative monitoring & evaluation of the national programme for Roma, Zagreb & Čakovec, 11–12 February 2005. Strasbourg: Council of Europe Roma and Travellers Division Migration and Roma Department; 2005 (http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/archive/stabilitypact/activities/croatia/participativemonitoring05_en.asp, accesat pe 5 decembrie 2014).

Kropiwnicki ZDS, Deans F. Mapping the terrain: exploring participatory monitoring and evaluation of Roma programming in an enlarged European Union. Oxford: International NGO Training and Research Centre; 2006 (Occasional Paper Series No. 47) (<http://www.intrac.org/data/les/resources/405/OPS-47-Mapping-the-Terrain.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Consilii participative de sănătate

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; managementul informațiilor; relație; timp pentru discuții; tipuri de acorduri; rezolvarea conflictelor; criterii pentru luarea deciziei; transparență; grad de participare; responsabilitate; norme; sustenabilitate; control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuție; decizie; legătura cu politicile și acțiunea politică
Dimensiunea participării	Metode de selecție a participanților; moduri de comunicare și decizii; autoritate și putere

Descriere și obiective

Consiliile participative de sănătate sunt organisme de participare cetățenești care au rol consultativ pentru autoritățile sanitare cu privire la aspectele de management: informare, propunere, promovare, consultare, evaluare și luarea deciziilor. De obicei, din aceste consilii fac parte membri ai organizațiilor de cetățeni, grupuri de voluntari, grupuri de utilizatori sau pacienți, personal tehnic din administrație și lideri politici, deși adesea sunt create canale care să încurajeze participarea membrilor individuali din public.

Funcțiile îndeplinite de aceste consilii participative includ: întocmirea de rapoarte despre nevoile de sănătate ale populației pentru luarea de decizii, monitorizarea serviciilor de sănătate dintr-o perspectivă executivă, stabilirea de parteneriate strategice locale, implementarea de campanii de publicitate sau de informare pentru sănătate și organizarea de evenimente în comunitate legate de sănătatea publică.

Metodă

Pentru a crea un consiliu participativ de sănătate, trebuie ca mai întâi să fie rezolvate diverse aspecte.

Primul element care trebuie luat în calcul este reprezentarea, în termeni de componență internă a consiliului. Criteriile trebuie stabilite așa încât să integreze dimensiuni diferite ale societății civile în consiliul participativ de sănătate, alături de grupuri care în mod tradițional au fost excluse de la accesarea serviciilor de sănătate. Alegerea unui criteriu corporativ (doar reprezentanți ai organizațiilor formale, care este și cea mai des întâlnită abordare) poate fi restrictivă. Este important să reținem că aceste consilii nu înlocuiesc mișcarea cetățenească, ci mai degrabă una din funcțiile cheie a acestora este să o promoveze. Ca și includerea organizațiilor cetățenești care activează în domeniul sanitar, există multiple alternative care să permită participarea segmentelor neorganizate ale populației (publicul general). Pot fi înființate forumuri, adunări și alte mecanisme participative, care să ofere structuri care să permită participarea regulată a cetățenilor, la toate nivelurile. În afară de organizațiile cetățenești și forme neorganizate ale societății civile menționate mai sus, consiliul trebuie să includă și reprezentanți ai serviciilor și centrelor de sănătate, alături de autorități instituționale responsabile pentru politicile de sănătate.

Al doilea aspect care trebuie avut în vedere este cum să fie create proceduri interne de participare care să permită consiliului să dezbată și să ia decizii. Aici, dinamica de lucru trebuie creată în așa fel încât să permită cooperarea și consensul în luarea deciziilor, în loc să implementeze modele de decizie bazate pe majorități. Procesul decizional bazat pe consens este de dorit, deoarece acțiunile consiliului trebuie să se concentreze pe gestionarea nevoilor de sănătate prioritare, indiferent dacă se referă sau nu la majoritate.

Un al treilea aspect de luat în calcul la crearea de consilii participative de sănătate este trainingul. În numeroase cazuri, persoanele care reprezintă sectoarele de populație cele mai lipsite de privilegii (minorități etnice și grupuri marginalizate, în special femeii), au un nivel mai redus de educație decât alți participanți la consilii, ceea ce adesea duce la un dezechilibru în ceea ce privește cunoștințele tehnice ale participanților și felul în care aceștia gestionează

informațiile. Prin urmare, este important să se realizeze programe de training pentru toți participanții, așa încât să se permită o dezbateră orizontală pentru dezvoltarea în condiții egale.

Un al patrulea element este gradul de influență al consiliului în ceea ce privește deciziile publice, cu alte cuvinte, capacitatea sa executivă. Dacă participanții pot fi doar informați sau consultați de către autorități cu privire la politicile de sănătate, fără vreo capacitate de a lua decizii obligatorii, experiența indică faptul că aceste organisme au tendința să-și piardă eficiența în timp. Dimpotrivă, dacă deciziile participative luate de consiliile sunt obligatorii, de obicei crește implicarea indivizilor din societatea civilă.

Un ultim aspect de luat în considerare este sustenabilitatea. Dat fiind că, prin natura lor, consiliile participative sunt legate de acțiunea publică, acestea ar trebui să fie integrate în cadrul legal sau organic al instituției responsabile pentru zona în chestiune, așa încât existența lor să nu depindă exclusiv de voința politică, ci mai degrabă să fie rezultatul angajamentului instituțional permanent. Figura 3.17 detaliază metodologia pentru consilii participative de sănătate, iar Studiul de caz 3.17 descrie proiectarea unui model de participare cetățenească ca parte a planului strategic de sănătate din regiunea Castilla-La Mancha din Spania.

Fig. 3.17 Diagramă metodologică pentru monitorizare participativă



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Coelho VSP. Brazil's health councils: the challenge of building participatory political institutions. *IDS Bull.* 2004;35(2):33–39 (<http://r4d.d.d.gov.uk/PDF/Outputs/CentreOnCitizenship/1052734356-coelho.2004-brazil.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.17 Castilla-La Mancha (Spania). Proiectarea unui model de participare cetățenească de lansare a unui consiliu consultativ de sănătate

Context

În 2001, guvernul regional din Castilla-La Mancha a dezvoltat un plan strategic de sănătate să plaseze cetățenii și utilizatorii în centrul sistemului de sănătate. Pentru aceasta, a creat un sistem de consilii de sănătate cu descentralizare progresivă teritorială și tematică: Consiliul de Sănătate Castilla-La Mancha, Consiliul Serviciului Administrativ de Sănătate Castilla-La Mancha, Consiliile Zonale de Asistență Medicală și Consiliile Zonale de Asistență Medicală de Bază (1).

Obiective

Principalele obiective ale planului au fost:

- ◆ îmbunătățirea canalelor de participare cetățenească, sporind participarea lor efectivă și capacitatea de decizie în sistemul public de sănătate;
- ◆ implementarea canalelor de comunicare între serviciile de sănătate, utilizatorii acestora, organizațiile sociale și profesionale pentru a încuraja și a consolida participarea cetățenească.

Studiu de caz 3.17 continuare**Dezvoltarea procesului**

Pentru a crea planul în mod participativ, au fost organizate două întâlniri participative majore cu cetățenii, pentru a discuta despre sistemul sanitar, precum și cinci focus grupuri care implică profesioniști în sănătate și reprezentanți ai organizațiilor sociale. Rezultatul tuturor discuțiilor a fost faptul că a fost lansat un nou model sanitar regional, adăugând trei organisme participante la structura participativă existentă.

1. Forumul Participativ pentru Sănătate permite participarea directă în fiecare zonă din sănătate. Este la rândul său format din Adunarea Plenară și un Consiliu al Forumului. Cetățenii participă la Adunarea Plenară, aducând propuneri de interes general de natură bugetară. Apoi, Consiliul Forumului dezbate și coordonează toate aceste propuneri.
2. Al doilea nou organism este Consiliul pentru Participare și Administrare, care prioritizează propunerile cetățenilor care apar din Forumul mai sus menționat. Este format din membri ai forumului, alături de cei din management, și diverși reprezentanți instituționali. Propunerile sunt apoi încorporate în propunerea anuală regional de buget.
3. În sfârșit, al treilea nou element este Forumul Virtual Regional pentru Sănătate, care este principalul canal pentru participare individuală, folosind o pagină web pentru a compila propuneri și sugestii, transmițându-le Adunării Plenare a Forumului pentru Sănătate Participativă corespunzător.

Rezultate și evaluarea experienței

Programul a fost lansat cu o schemă pilot în localitatea Puertollano, permițând cetățenilor să prezintă propuneri privind sănătatea (78 de propuneri în primul an), să prioritizeze acțiunile și investițiile serviciilor de sănătate locale și să monitorizeze deciziile luate.

Bibliografie

1. Bleda JMG, Santos AG, Carretero CF. Diseño de un modelo de participación ciudadana en salud en la Comunidad de Castilla-La Mancha e implementación del mismo en el Área de Salud de Puertollano (2005–2008) [Design of a citizen participation in health in the community of Castilla-La Mancha and implementation of it in the health care area of Puertollano (2005–2008)]. *Revista de Administración Sanitaria* 2008; Siglo XXI 6(4):699–714.

Alte exemple de tehnici și metode similare

A stronger local voice: a framework for creating a stronger local voice in the development of health and social services. A document for information and comment. London: United Kingdom Department of Health; 2006 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4137041.pdf, accessed 5 December 2014).

O Conselho Municipal de Saúde [e Municipal Health Council] [website]. Rio Grande do Sul: Porto Alegre Municipal Council on Health; 2014 (<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Ombudsmanul¹ utilizatorilor de servicii de sănătate (OUSS)

Criterii de participare	Tip de participanți; managementul informațiilor; transparență; responsabilitate; norme; control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; informare; legătura cu politicile și acțiunea politică
Dimensiunea participării	Moduri de comunicare și decizii; autoritate și putere

Descriere și obiective

Strict vorbind, ombudsmanul pacienților nu este o metodă participativă, ci mai degrabă stabilește cine mediază și permite introducerea elementelor de monitorizare participativă în serviciile de sănătate.

OUSS, prezente în numeroase țări UE, sunt dedicate supervizării și asigurării faptului că drepturile și interesele utilizatorilor de servicii de sănătate sunt apărate și promovate împotriva acțiunilor, erorilor, malpraxisului sau omisiunilor din serviciile publice de sănătate.

Metodă

Pentru a crea un profil al OUSS, care încorporează funcțiile participative, trebuie îndeplinite o serie de condiții. Prima, trebuie luată o decizie cu privire la ce agenți sociali sau instituționali sunt responsabili. Deși această persoană se află, de obicei într-un serviciu public, OUSS trebuie să fie o autoritate independentă. Prin urmare, rapoartele de activitate ale acesteia trebuie transmise atât instituțiilor, cât și comunității. Această cerință de independență include și nevoia de facilități tehnice, administrative și financiare pentru îndeplinirea funcției.

După îndeplinirea acestor condiții de operare, sarcinile realizate cel mai adesea de OUSS includ:

- » gestionarea plângerilor, solicitărilor și sugestiilor înaintate de utilizatorii de servicii de sănătate;
- » formularea de sugestii pentru îmbunătățirea serviciilor;
- » asigurarea dezvoltării efective a mecanismelor de participare cetățenească la sistemul de sănătate;
- » medierea între utilizatorii sistemului sanitar și autorități în eventualitatea unui conflict;
- » informarea utilizatorilor cu privire la gama de servicii de sănătate disponibile și la procedurile administrative legate de acestea;
- » consilierea grupurilor de minorități pentru a le garanta sănătatea și pentru a folosi serviciile de sănătate disponibile;
- » raportarea acțiunilor discriminatorii ale instituțiilor și personalului medical.

Pentru a garanta participarea comunității în dezvoltarea activității OUSS, aceasta încurajează o serie de inițiative participative.

O astfel de acțiune este vizitarea regulată a organizațiilor cetățenești care reprezintă sau lucrează cu grupuri minoritare, sau cu cei care au dificultăți în exercitarea drepturilor de

¹ Autoritate ce investighează plângerile cetățenilor împotriva autorităților. (n. t.)

asistență sanitară. În situații extreme sau deosebit de complexe, OUSS poate reprezenta aceste părți, ca atribuție a activității sale de mediere pentru sănătate.

O altă inițiativă participativă obișnuită este organizarea întâlnirilor sau consultărilor în comunitate, pentru a garanta faptul că grupurile marginalizate pot evalua serviciile de sănătate pe care le folosesc.

În sfârșit, în unele situații, OUSS dezvoltă platforme sau consilii consultative, care reprezintă principalele segmente de populație, pentru a se consulta cu personalul medical și cu autoritățile în cadrul acestor organisme colaborative OUSS. Figura 3.18 arată metodologia pentru OUSS, iar Studiul de caz 3.18 descrie rolul Ombudsmanului pentru minorități în asigurarea de servicii la nivel local de consiliere și sprijin pentru grupurile minoritare din Finlanda.

Fig. 3.18 Diagramă metodologică pentru OUSS



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Health advocacy framework. Strengthening health advocacy in Queensland. Brisbane (QLD): Health Consumers Queensland; 2011 (http://www.health.qld.gov.au/hcq/publications/hcq_framework_may11.pdf, accesat pe 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.18 Finlanda. Ombudsman pentru minoritățile Finlandei: servicii la nivel local de consiliere și sprijin pentru minorități etnice, migranți, sami și roma

Context

În 2006, Finlanda a introdus Programul Guvernamental pentru Migrație. Una dintre măsurile aprobate prin acest plan a fost sprijinul activ al serviciilor pentru apărarea victimelor discriminării sau rasismului. O altă măsură a fost bazată pe ideea delegării zonelor responsabile pentru servicii fundamentale pentru populație (inclusiv sănătate) cu sarcina creării de bune practici la nivel local și național pentru a reduce rasismul și discriminarea. Aceste bune practici au inclus și rolul de Ombudsman pentru Minorități, care a realizat un studiu, demonstrând nevoia creării de servicii locale de consiliere pentru apărarea împotriva discriminării minorităților etnice, în special comunității roma (1, 2).

Obiective

Principalele obiective ale Ombudsmanului pentru Minorități din acest proiect au fost:

- ◆ colaborarea cu administrația locală;
- ◆ oferirea de consiliere în situații în care discriminarea este identificată în servicii publice și private esențiale.

Studiu de caz 3.18 continuare**Dezvoltarea procesului**

Ca parte a proiectului coordonat de Ombudsmanul pentru Minorități, au avut loc trei întâlniri participative, concentrate în special pe aspecte ce țin de comunitatea roma. Fiecare dintre aceste întâlniri s-au concentrat în special pe un aspect, și anume instrumente de recunoaștere a discriminării, probleme legate de locuință și cooperarea între organizațiile roma cu consiliere pe problema discriminării. Pe baza informațiilor adunate cu ocazia celor trei întâlniri, a fost conceput un plan de definire a conținutului și metodologiei de lucru a viitoarelor serviciilor de consiliere locale, create să aere împotriva discriminării minorităților etnice.

Rezultate și evaluarea experienței

Întâlnirile participative au ajutat, printre alte lucruri, la crearea unei fundații pentru dezvoltarea serviciilor de consiliere care să aere împotriva discriminării la nivel local și regional. În plus, au fost identificate diverse zone care necesită atenție specială: crearea de rețele de colaborare prin contactarea membrilor comunității roma, obținerea de informații detaliate despre așezări, generarea de spații stabile pentru dialog între diferiți agenți sociali implicați, dezvoltarea de protocoale de acțiune locală împotriva comportamentului discriminatoriu, crearea de mecanisme de consiliere online și raportare, programarea procesului de planificare în conformitate cu principiile echității și implementarea programelor de training pentru a preveni discriminarea (adresate profesioniștilor din sectoarele principale de servicii).

Bibliografie

1. Tella R. Advisory services against ethnic discrimination in municipalities. Helsinki: Ombudsman for Minorities; 2006 (http://www.ofm.fi/download/31686_Ethnic_discrimination_riikka_tella_2006.pdf?c844269997b2d188, accesat pe 5 decembrie 2014).
2. Regional development of anti-discrimination advisory services. Experiences from the implementation of advisory services and results on the identification and tackling of discrimination. Helsinki: Ombudsman for Minorities; 2011 (http://yhdenvertaisuus.fi/bin.directo/@Bin/f084f7c013319f025a1f3cf1a4cecc81/1358879193/application/pdf/200534/Alueellinen%20neuvonta_englanti.pdf, accesat pe 5 decembrie 2014).

Alte exemple de tehnici și metode similare

Roma rights. Discrimination, paths of redress and how the law can improve the situation of Roma. Stockholm: Swedish Equality Ombudsman; 2011 (<http://www.do.se/Documents/sprak/english/Roma%20rights.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Evaluare**Evaluare participativă**

Criterii de participare	Tip de participanți; incluziune efectivă; învățare; înțelegere; managementul informațiilor; relatare; timp pentru discuție; tipuri de acorduri; rezolvarea conflictelor; criterii de decizie; grad de participare; responsabilitate; norme; sustenabilitate; control; finanțare; logistică
Componente pentru evaluarea participării	Caracterul incluziv; educație; informare; discuție; decizie; dezvoltare instituțională; legătura cu politicile și acțiunea politică
Dimensiunea participării	Metode de selecție a participanților; moduri de comunicare și decizii; autoritate și putere

Descriere și obiective

Evaluarea participativă este o metodă pentru evaluarea activităților, programelor și politicilor care necesită antrenarea activă a tuturor decidenților implicați în procesul de proiectare și implementare a unei acțiuni. Logica participativă a acestei metode răspunde la utilitatea sa particulară în cazuri în care procesul de implementare s-a confruntat cu dificultăți, sau când există unele dubii cu privire la impactul real al proiectului asupra populației beneficiare. Cele mai importante principii care guvernează evaluarea participativă sunt descrise aici.

- » Participarea este elementul principal în această sarcină. Toți decidenții, în special reprezentanții comunității, trebuie să participe la toate etapele procesului de evaluare, de la luarea de decizii la evaluare, în primul rând, până la utilizarea ultimă a rezultatelor evaluării.
- » Negocierea înseamnă că participanții trebuie să cadă de acord asupra aspectelor proiectului care să fie scoase în evidență în cadrul procesului de evaluare, alături de felul în care trebuie derulate, pe baza unei structuri orizontale de relații și a unei garanții că toate perspectivele vor fi reflectate.
- » Învățarea înseamnă că evaluarea trebuie să ajute la consolidarea comunității și facilitarea dezvoltării orizontale. Nu doar rezultatele proiectului sunt evaluate, dar și bunurile sociale generate de procesul de creație și implementare.
- » Flexibilitatea este cel din urmă principiu. Evaluarea participativă este o metodă dinamică ce trebuie să se adapteze constant la nevoile și capacitățile participanților. Prin urmare, procesul de evaluare poate să aibă loc la finalul proiectului, dar în același timp trebuie pus în mișcare în etapa de implementare, pentru a permite proiectului să se reorienteze, dacă este nevoie.

Metoda

În procesele de evaluare participativă există o serie de pași sau etape comune.

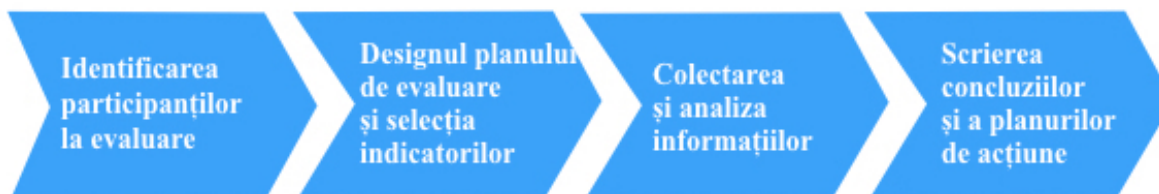
O primă etapă constă în a decide cine va participa în evaluarea proiectului sau programului. Cu cât este mai amplu spectrul de factori de decizie, cu atât este mai mare gradul de reflecție colectivă obținut. Într-o abordare participativă, procesul de evaluare trebuie să implice, cel puțin: reprezentanți politici sau instituționali, personal tehnic care reprezintă administrația, profesioniști care au îndeplinit sarcini în timpul sau referitoare la proiect, precum și organizații sociale comunitare.

A doua etapă presupune proiectarea planului de evaluare. Prin intermediul muncii în colaborare, echipa de evaluare trebuie să decidă cu privire la aspectele prioritare pentru evaluare. În acest punct trebuie definite trei elemente-cheie: principalele obiective sau rezultate care să fie evaluate, indicatorii aleși să ilustreze situația reală cu privire la aceste obiective și, în cele din urmă, modul cum informația necesară pentru evaluarea progresului va fi colectată. Este important de avut în vedere două elemente-cheie ale evaluării participative. Primul, obiectivele nu se referă exclusiv la rezultatele finale ale proiectului, ci și la evaluarea procesului; cu alte cuvinte, modul în care articularea comunității și relațiile acesteia cu alți decidenți au variat pe parcursul proiectului. Al doilea, indicatorii trebuie să fie valizi și recunoscuți ca fiind utili de către toți decidenții, nu doar de către cei care promovează procesul.

A treia etapă se concentrează pe colectarea și analizarea informațiilor necesare pentru a realiza evaluarea în conformitate cu indicatorii aleși. Datorită naturii informațiilor care trebuie colectate, acestea nu sunt întotdeauna date cantitative sau ușor de comparat. Multe obiective de evaluare se concentrează pe elemente intangibile, dar totuși relevante pentru proces. Prin urmare, colectarea de date obiective trebuie combinată cu aplicarea producției și tehnicilor informaționale participative, cum sunt cele prezentate anterior pentru etapa de diagnostic (focus-grupuri, chestionare participative, diagrame de flux, analiză SWOT, tehnici de vizualizare și așa mai departe).

În cele din urmă, cu toate informațiile disponibile, ultima etapă a procesului de evaluare se concentrează pe discuția colectivă pentru a trage concluzii și a produce rapoarte. Aici, echipa de evaluare trebuie să obțină un consens cu privire la rezultatele generate de analiza indicatorilor și, pe baza concluziilor obținute, să întocmească un plan de acțiuni fie pentru a reorienta proiectul (pentru evaluări incluse în timpul procesului de implementare) sau pentru a le lua în calcul la proiectarea proiectelor viitoare. Figura 3.19 prezintă metodologia pentru evaluare participativă, iar Studiul de caz 3.19 detaliază includerea evaluării participative în raportul final al proiectului european "Sănătatea și comunitatea roma, analiza situației în Europa.

Fig. 3.19 Diagramă metodologică pentru evaluarea participativă



Materiale suplimentare privind metoda instrumentului

Zukoski A, Luluquisen M. Participatory evaluation. What is it? Why do it? What are the challenges? Community-based public health policy and practice. Partnership for the public's health. Washington (DC): The California Endowment; 2002 (http://depts.washington.edu/ccph/pdf_les/Evaluation.pdf, accesat pe 5 decembrie 2014).

Studiu de caz 3.19 Europa. Raportul final de evaluare pentru proiectul "Sănătatea și comunitatea roma, analiză a situației din Europa"

Context

Raportul final de evaluare pentru proiectul "Sănătatea și comunitatea roma, analiză a situației din Europa" este finanțat de UE ca parte din Programul european de sănătate publică și coordonat de La Fundación Secretariado Gitano, o organizație spaniolă non-profit. Evaluarea externă a fost realizată de Dinamia, o firmă de consultanță externă (1).

Beneficiarii direcți ai proiectului a fost populația roma din Europa, în special din cele șapte țări participante (Bulgaria, Republica Cehă, Portugalia, România, Slovacia și Spania), fiecare dintre ele cu o populație roma semnificativă.

Obiective

Principalul obiectiv al acestei evaluări a fost să analizeze rezultatele proiectului, combinând metode convenționale de evaluare cu evaluare participativă.

Studiu de caz 3.19 continuare**Dezvoltarea procesului**

În timpul evaluării proiectului, a fost aplicată o strategie convențională care a combinat analiza cantitativă și calitativă a datelor, precum și informațiile produse pe parcursul proiectului, pentru măsurarea eficacității, pertinentei, eficienței, impactului, participării și coordonării.

Pentru a triangula informația, au fost introduse și procese participative de evaluare. A fost organizată o întâlnire cu organizații comunitare din țările participante la proiect. La această întâlnire, pentru a dezvolta conținutul evaluării participative, au fost organizate diverse dinamici de grup folosind chestionare și analiza SWOT. Scopul a fost de a încuraja factorii de decizie să evalueze rezultatele proiectului, precum și gradul de satisfacție al agenților implicați în proces și utilitatea concluziilor sau recomandărilor apărute.

Rezultate și evaluarea experienței

Participanții la evaluare au evaluat utilizarea metodelor care nu au fost foarte sofisticate și complexe în a aduna informații pertinente în evaluare, ceea ce a furnizat o evaluare utilă a metodelor participative. Reflecțiile prezentate la întâlnirile participative, în special sub formă de feedback și propuneri, au fost utilizate de către evaluatori ca bază pentru întocmirea raportului final de evaluare.

Bibliografie

1. Evaluationnal report “Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe”. Madrid: Dinamia consultoría social; 2009 (http://www.gitanos.org/upload/02/77/External_evaluation_report.pdf, accessed 5 December 2014).

Alte exemple de tehnici și metode similare

Brown CS, Lloyd S, Murray SA. Using consecutive rapid participatory appraisal studies to assess facilitate and evaluate health and social change in community settings. *BMC Public Health* 2006;6(1):68.

Guy W, Kovats M. EU-funded Roma programmes: lessons from Hungary, Slovakia and the Czech Republic. London: Minority Rights Group International; 2006 (<http://www.minorityrights.org/905/briefing-papers/eufunded-roma-programmes-lessons-from-hungary-slovakia-and-the-czech-republic.html>, accesat pe 5 decembrie 2014).

Bibliografie

1. Fung A. Varieties of participation in complex governance. *Publ Admin Rev.* 2006;66(s1): 66–75.
2. Francés García FJ. El laberinto de la participación juvenil: estrategias de implicación ciudadana en la juventud [e labyrinth of youth participation: strategies for youth citizen engagement]. *OBETS Revista de Ciencias Sociales* 2008;2:35–51.
3. Fishkin JS. Deliberative polling: executive summary. Stanford (CA): Stanford University Center for Deliberative Democracy; 2003 (<http://www.la.utexas.edu/research/delpol/bluebook/execsum.html>, accessed 28 January 2016).
4. Matus C. El método PES: planificación estratégica situacional. 2nd ed. [The PES method: situational strategic planning. 2nd ed.]. La Paz: Editorial Cereb.; 1996.

3. EVALUAREA PARTICIPĂRII SOCIALE

Acest capitol poate fi folosit ca ghid rapid de inițiere pentru evaluarea diferitelor componente ale participării sociale.

Evaluarea nivelului de participare socială

Așa cum descrie acest set de instrumente, există diverse niveluri de participare socială. Modelul selectat de participare socială determină modul în care este definită comunitatea romă, precum și scopul și nivelul de participare socială.

Aspectele definite în Tabelul 4.1 trebuie luate în calcul la înțelegerea scopului modelului de participare aplicat.

Tabelul 4.1 Participarea populației roma la asistența medicală: niveluri de participare

	Model tehnocrat Model de management	Model administrativ Model de participare corporativă	Model de participare inclusivă Model de management participativ
Definiția comunității roma	Utilizatori sau clienți	Populație care locuiește în zonă	Grupuri eterogene de populații marginalizate (sex, vârstă)
Grup/indivizi care reprezintă comunitatea romă	Cei mai influenți utilizatori	Asociații și ONG-uri cu statut reprezentativ formal	Persoane și rețele sociale
Participarea comunității rome ca mijloc de:	- extinderea sferei politicii de asistență medicală - sporirea resurselor - sprijinirea infrastructurii	- îmbunătățirea eficienței și managementului serviciilor de sănătate	- creșterea eficienței serviciilor - îmbunătățirea responsabilității și transparenței - creșterea legitimității deciziilor
Profunzimea participării	Informare	Consultare	Decizie participativă
Sfera participării	Furnizarea de servicii	Furnizarea de servicii și management în anumite domenii	Politici de sănătate, planificarea și furnizarea de servicii la toate nivelurile
Metoda și direcția participării	Ca utilizatori De sus în jos	Ca reprezentanți ai colectivităților De sus în jos	Ca subiecți în interiorul comunității De jos în sus și de la bază în sus

Sursă: Murthy și Klugman (1)

Evaluarea gradului de incluziune

Dimensiunea incluziune se referă la persoane eligibile pentru procesul participativ și la modul în care ei devin participanți. Aceasta răspunde la întrebarea cine participă. De pildă, egalitatea de gen este un criteriu elementar pentru a asigura gradul de incluziune. Scala ilustrată în Tabelul 4.2 poate fi utilă pentru a evalua gradul de incluziune în procesele participative.


Tabelul 4.2 Scala de evaluare a gradului de incluziune

Evaluarea intensității

O a doua dimensiune utilă pentru descrierea diferitelor experiențe participative este aceea a intensității, care descrie modul în care participanții interacționează, schimbă informații și iau decizii, aducând în prim-plan capacitatea funcțională și educațională a acestor procese în însușirea de cunoștințe de către subiecții care realizează acțiuni participative. Această dimensiune răspunde la întrebarea elementară despre cum participă oamenii (femei și bărbați). Tabelul 4.3 descrie o scală ce poate fi utilizată pentru a evalua dimensiunea intensității în experiențe participative.

Tabelul 4.3 Scala de evaluare a intensității


Intensitate mică	Ascultare ca spectator	Ca spectatori, oamenii pot asculta ce se întâmplă. Acest nivel corespunde unui concept pasiv de participare în care subiecții participă ca spectatori, în general în ceea ce privește primirea de informații despre politici sau proiecte specifice implementate de alți factori de decizie
	Exprimarea preferințelor	La acest nivel de intensitate, persoanele pot exprima opinii și preferințe. Subiecții participanți nu doar că ascultă ce spun ceilalți, dar au și puterea de a stabili comunicarea în două sensuri, exprimându-și opiniile și interesele în relație cu problemele de sănătate înainte spre dezbateri, chiar dacă capacitatea efectivă de a le articula în cadrul logicii propuse de spațiul participativ.
	Dezvoltarea preferințelor și deliberare	Aici, participanții au capacitatea recunoscută de a dezvolta preferințe și interese, deschizând astfel un flux de comunicare care devine deliberativ prin natură, într-atât cât să permită un proces interactiv care este (într-o anumită măsură) orizontal, facilitând explorarea mutuală a intereselor și transformarea preferințelor printr-o dezbateri comună.
	Negociere și vot	Ca participanți la acest nivel de intensitate, femeile și bărbații au puterea de a vota și de a lua decizii. Ocazional, negocierea și votul nu sunt legate în mod necesar de un proces anterior de deliberare comună, dar ar putea rezulta dintr-un mecanism simplu de acorduri majoritare cu privire la examinarea intereselor, fără a fi subiectul unei acțiuni de comunicare. Prin urmare, această scală nu este strict liniară.


 Intensitate mare	Obținerea de cunoștințe tehnice	Pe măsură ce intensitatea participării crește, apar o serie de probleme și factori tehnici care - la un nivel mai puțin ambițios - sunt gestionați intern de către instituția implicată. Totuși, când participarea este mai ambițioasă ca sferă, aceste aspecte tehnice intră în spațiul public și trebuie gestionate în mod public. Este exact înțelegerea acestor tipuri de factori care contribuie - care adesea condiționează fezabilitatea tehnică, legală sau jurisdicțională a inițiativelor populare - care înzestreză aceste tipuri de procese (și participanții) cu o mai mare capacitate educațională. La rândul său, aceasta duce la o mai bună însușire a cunoștințelor, având în vedere că toate posibilitățile pot fi considerate ca întreg și, prin urmare, să fie situate la capătul scalei propuse (intensitate mai mare).
--	--	--

Evaluarea influenței

Dimensiunea influență se concentrează pe orientarea proceselor participative în relație cu acțiunea guvernamentală. Cu alte cuvinte, măsoară capacitatea efectivă și reală pentru impact (autoritatea, în cele din urmă) a procesului participativ, cu privire la informația generată prin acesta. Această dimensiune corespunde întrebării pentru ce este participarea și, în cadrul acestei dimensiuni - ca și în cele anterioare - poate fi identificată o scală treptată a responsabilităților. Tabelul 4.4 prezintă scala care trebuie utilizată pentru a evalua influența într-un proces participativ.

Tabelul 4.4 Scala evaluării influenței

 Influență mică	Persuasiune	Participanții nu au așteptări de influențare a politicii instituționale cu privire la procesul participativ din care fac parte. Influența subiectului la acest nivel este minimă, persuasiunea, argumentația sau seducția fiind singurele resurse disponibile să influențeze deciziile pe care alții le vor lua.
	Informare publică	Aceasta se referă la capacitatea participanților și la procesele în sine de a - cel puțin - genera informații pentru populația roma; prin urmare, influența acestora nu este restricționată la sfera internă de procese, ci le transcende, iar scopul este de a socializa informațiile prin strategii de diseminare (campanii, rapoarte, mass media etc.), prin care sunt influențate politicile de sănătate.
	Consultare	Prin mecanisme de consultare, este stabilit un canal care - deși autoritatea liderilor politici rămâne intactă - recunoaște utilitatea de a primi opinii sau recomandări de la participanți și de la populația roma în general.
	Decizie	Coincizând cu scalele clasice de participare, există mecanisme participative în care participanții exercită suficientă influență pentru a lua decizii executorii referitoare la implementarea sau specificațiile politicilor sau programelor de sănătate. La acest nivel, acordarea de putere participanților este cheia, într-atât cât procesul deliberativ nu duce doar la un consens sau acord cu privire la binele comun, dar, în plus, un astfel de consens ia forma deciziilor executive bazate pe existența unui angajament instituțional pentru a le implementa.
	Co-management	Se referă la crearea de mecanisme care permit participanților și instituțiilor să gestioneze în comun managementul politicilor rezultate din procesul participativ și, în plus, să înființeze structuri adecvate de monitorizare pentru a le evalua.

 Influență mare	Co-guvernare	Este un nivel ambițios de influență, ale cărui rădăcini se află în crearea de procese participative care stabilesc o relație orizontală și simetrică între indivizii care participă și guvern, turnate în formulări de co-guvernare pentru acțiune publică.
--	---------------------	---


Evaluarea egalității de gen

Participarea socială poate fi insensibilă la probleme de gen dacă genul nu este abordat în procesul participativ. Principalele întrebări enumerate în Tabelul 4.5 adaptate din Scala de evaluare a răspunsului de gen a OMS (GRAS), pot fi aplicate atunci când este analizat un proces de participare.

Divizia Națiunilor Unite pentru Promovarea Femeilor (DAW), în colaborare cu Uniunea Interparlamentară și Comitetul Economic pentru Africa, au organizat o întâlnire cu un grup de experți pe tema ”Participare egală pentru femei și bărbați în procesele decizionale, cu accent pe participarea politică și leadership” (Addis Abeba, Etiopia, 24-27 octombrie 2005). Documentul rezultat (2) s-a concentrat pe participarea în procesele politice din Africa și au formulat recomandări actorilor guvernamentali, partidelor politice, organismelor de management electoral, actorilor internaționali și societății civile. Totuși, unele dintre recomandări sunt valabile și pentru procesele participative în conexiune cu politicile de sănătate și sistemul de sănătate din alte zone geografice. Caseta 4.1 oferă un rezumat al recomandărilor (adaptate) propuse care trebuie avute în vedere la promovarea participării referitoare la politicile de sănătate și sistemul sanitar.

Tabelul 4.5 Întrebări pentru evaluarea egalității de gen

Procesul de participare...	Caracteristici de luat în calcul (pot fi aplicabile una sau mai multe)
	Dacă procesul participativ:
... este inegal din punct de vedere al genului?	<ul style="list-style-type: none"> - perpetuează inegalitățile de gen prin aplicarea normelor, rolurilor și relațiilor dezechilibrate; - privilegiază bărbații în detrimentul femeilor (sau viceversa); - conduce adesea la situația ca unul dintre sexe să se bucure de mai multe oportunități de participare în comparație cu celălalt.
... ignoră aspectele legate de gen?	<ul style="list-style-type: none"> - ignoră normele, rolurile și relațiile de gen; - adesea consolidează discriminarea pe bază de gen; - ignoră diferențele în ceea ce privește oportunitățile și alocarea de resurse pentru femei și bărbați; - se bazează adesea pe principii de corectitudine, prin tratarea tuturor la fel.
... este sensibil la aspecte legate de gen?	<ul style="list-style-type: none"> - are în vedere norme, roluri și relații bazate pe gen; - nu abordează inegalități generate de norme, roluri și relații inegale; - indică conștientizare de gen, deși nu sunt dezvoltate acțiuni de remediere.

<p>Mai puțin incluziv</p>  <p>Mai incluziv</p>	Reprezentanți aleși	<p>Aceasta este o configurare normativă restrictivă pentru selecția participanților. Doar acei reprezentanți ai cetățenilor selectați au permisiunea de a participa; cu alte cuvinte, lideri politici.</p>
	Experți guvernamentali	<p>Aceștia sunt politicieni și experți guvernamentali (tehnicieni ai Guvernului de la diferite niveluri, cercetători și analiști contractați în baza cunoștințelor pe care le dețin).</p>
	Colectivități și asociații formale	<p>Colectivitățile și organizațiile formale cu personalitate juridică și capacitate legală să acționeze într-o comunitate sunt, de asemenea, autorizate să participe. Procesul nu se va limita exclusiv la zona de interes guvernamental, ci va fi deschis populației prin reprezentanții asociațiilor care reprezintă diferite segmente de populație. Aceste asociații, care ar constitui un proces selectiv de participare, ar reprezenta interesele comunității și ar avea rol de interlocutor între comunitate și instituții în dezvoltarea de cerere și interes în domeniul sănătății.</p>
	Sfera publicului larg	<p>Participanți individuali din rândul publicului general nu au nevoie să joace un rol activ, ci mai degrabă sunt consultați la modul general pentru colectarea de informații, fără să fie în mod obligatoriu implicați în mod activ în proces. Cu toate acestea, este clar faptul că lansarea procesului participativ oferă stimulente structurale care fac evenimentul participativ mai atractiv persoanelor care în mod normal nu ar participa.</p>
	Persoane selectate aleator	<p>Persoane selectate aleator sunt persoane autorizate să participe, de exemplu prin paneluri de opinie, chestionare sau jurii de cetățeni.</p>
	Persoane auto-propuse	<p>Acest grup reflectă cel mai mare scop pentru incluziune, din moment ce oricine cu capacitate și legitimitate recunoscute instituțional poate lua parte la diversele activități implicate în procesul participativ. Scopul aici nu este de a obține o capacitate reprezentativă a participanților, cu privire la populația ca întreg (o logică adesea respectată de selecția aleatorie), ci mai degrabă pentru a asigura faptul că un subgrup al populației roma devine implicat în rezolvarea problemelor și aspectelor legate de sănătate.</p>

Procesul de participare...	Caracteristici de luat în calcul (pot fi aplicabile una sau mai multe) Dacă procesul participativ:
... este specific unui gen?	<ul style="list-style-type: none"> - recunoaște existența unor norme și roluri diferite pentru femei și bărbați și modul în care acestea influențează procesul participativ; - are în vedere nevoile specifice ale femeilor și bărbaților; - țintește în mod intenționat și produce beneficii unui grup specific de femei sau bărbați; - facilitează femeile și bărbații în a-și îndeplini rolurile de gen;
... are rol transformator asupra genurilor?	<ul style="list-style-type: none"> - recunoaște norme și roluri diferite pentru femei și bărbați și faptul că acestea influențează procesul participativ; - are în vedere nevoile specifice ale femeilor și bărbaților; - abordează cauzele diferențelor de participare bazate pe gen; - include modalități de a transforma norme, roluri și relații de gen; - include strategii care să încurajeze relații egale de putere între femei și bărbați.

Notă: GRAS este un instrument de analiză de gen pentru evaluarea politicilor și programelor pe baza a cinci criterii, care pot fi utile pentru a analiza în profunzime programele sensibile la gen pentru a întreprinde acțiuni în vederea schimbării normelor, rolurilor și relațiilor de gen care pot afecta femeile.

Sursă: adaptat dintr-o sursă OMS (3).

Bibliografie

1. Murthy RK, Klugman B. Service accountability and community participation in the context of health sector reforms in Asia: implications for sexual and reproductive health services. *Health Policy Plan.* 2004;19(suppl. 1):i78–i86.
2. Equal participation of women and men in decision-making processes, with particular emphasis on political participation and leadership. Report of the expert group meeting, Addis Ababa, Ethiopia, 24–27 October 2005. New York (NY): United Nations Division for the Advancement of Women Department of Economic and Social Affairs (DAW); 2005 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/eql-men/FinalReport.pdf>, accesat pe 5 decembrie 2014).
3. WHO gender responsive assessment scale: criteria for assessing programmes and policies. In: WHO. *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach.* WHO gender analysis tools. Geneva: World Health Organization; 2011:41–42 (http://www.who.int/gender/mainstreaming/GMH_Participant_GenderAssessmentScale.pdf, accesat pe 5 decembrie 2014).

Caseta 4.1 Recomandări adaptate pentru creșterea numărului de femei în procese decizionale

- ▶ Paritatea de gen trebuie încurajată în toate organismele decidente.
- ▶ Este nevoie de aplicarea de măsuri speciale pentru a garanta femeilor că ajung în poziții de decizie.
- ▶ Este necesară furnizarea de resurse pentru trainingul adresat femeilor cu privire la cum să utilizeze tehnologia informațiilor și comunicării ca instrument; în special pentru a depăși divizarea în domeniul digital dintre femei și bărbați în ceea ce privește utilizarea de noi tehnologii și pentru a oferi femeilor acces egal la informație.
- ▶ Este nevoie de adaptarea de reguli clare pentru selectarea reprezentanților.
- ▶ Este nevoie de furnizarea de date statistice cu privire la procesul participativ, dezagregate în funcție de sex.
- ▶ Trebuie utilizat limbaj sensibil la gen, iar portretizarea negativă a femeilor trebuie evitată.
- ▶ Trebuie facilitată cercetarea privind condițiile în care participarea și reprezentarea femeilor sunt crescute și accentuate.
- ▶ Trebuie asigurată raportarea cu privire la progresul obținut în creșterea participării femeilor și responsabilitatea pentru dezechilibrul de gen, în special în ceea ce privește femeile în luarea deciziilor.
- ▶ Femeile trebuie să beneficieze de suficient sprijin administrativ, îndrumare și resurse financiare adecvate pentru a depăși barierele în participare, iar dezechilibrul de gen trebuie eliminat din alocarea resurselor de participare.
- ▶ Femeile trebuie încurajate să caute o mai mare implicare în procesele decizionale la toate nivelurile și să exercite o influență semnificativă în procesele decizionale și în rezultatele politicilor.

Sursă: adaptare din DAW (2).

5. MANUALE ONLINE DESPRE METODELE PARTICIPATIVE

Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002 (European Sustainable Development and Health Series No. 4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101065/E78652.pdf, accesat pe 19 iunie 2015).

Elliot J, Heesterbeek S, Lukensmeyer CJ, Slocum N. Participatory methods toolkit. A practitioner's manual. Brussels: King Baudouin Foundation; 2005 (http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/EN/PUB_1540_Participatory_toolkit_New_edition.pdf, accesat pe 19 iunie 2015).

Geilfus F. 80 tools for participatory development. San José: Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture; 2008 (<http://www.iica.int/Esp/regiones/central/cr/Publicaciones%20cina%20Costa%20Rica/80tools.pdf>, accesat pe 19 iunie 2015).

Mizoguchi N, Luluquisen M, Witt S, Maker L. A handbook for participatory community assessments: experiences from Alameda County. Oakland (CA): Alameda County Public Health

Department; 2004 (<http://www.acphd.org/media/53637/prtcmt2006.pdf>, accesat pe 19 iunie 2015).

Quijano Calle AM. Guide for participatory local assessment: community component of the IMCI strategy. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2005 (<http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-diagnostic.pdf>, accesat pe 19 iunie 2015).

Rietbergen-McCracken J, Narayan D, compilers. Participation and social assessment: tools and techniques. Washington (DC): World Bank; 1998 (http://www.sswm.info/sites/default/files/reference_attachments/WORLD%20BANK%201998%20Participation%20and%20Social%20Assessment.pdf, accesat pe 19 iunie 2015).

The participation toolkit: supporting patient focus and public involvement in NHS Scotland. Glasgow: Scottish Health Council; 2014 (http://www.scottishhealthcouncil.org/patient_public_participation/participation_toolkit/idoc.ashx?docid=6ebf824e-82fb-4205-8a2e-95301c6abafe&version=-1, accesat pe 24 iunie 2015).

Srinivasan L. Tools for community participation: a manual for training trainers in participatory techniques. Washington (DC): PROWESS/United Nations Development Programme-World Bank Water and Satiation Program; 1993 (<http://www.chs.ubc.ca/archives/files/CHS0024.PDF>, accesat pe 19 iunie 2015).

The community tool box: tools to change our world. Lawrence (KS): Kansas University Work Group for Community Health and Development; 2013 (<http://ctb.ku.edu/en/default.aspx>, accesat pe 19 iunie 2015).

The World Bank participation sourcebook. Washington (DC): World Bank; 1996 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1996/02/01/000009265_3961214175537/Rendered/PDF/multi_page.pdf, accesat pe 19 iunie 2015).

WFP Strategy and Policy Division. Participatory techniques and tools: a WFP guide. Rome: World Food Programme; 2001 (http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1033/Participatory_Techniques_EN.pdf, accesat pe 19 iunie 2015).