



GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO LOCAL PARTICIPATIVO



COMPONENTE
COMUNITARIO
DE LA ESTRATEGIA
AIEPI



Atención Integrada a las
Enfermedades Prevalentes
de la Infancia - AIEPI

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO LOCAL PARTICIPATIVO

[COMPONENTE COMUNITARIO DE LA ESTRATEGIA AIEPI]

Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (CA)
Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH)

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Quijano Calle, Ana María

Guía para el diagnóstico local participativo: componente comunitario de la estrategia AIEPI.

Washington, D.C.: OPS, © 2005.

(Serie OPS/FCH/CA/05.04.E) - 64 p.

ISBN 92 75 32580 4

I. Título II. Gutiérrez Alberoni, Luis

III. Serie

1. BIENESTAR DEL NIÑO
2. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN GRUPOS ESPECÍFICOS
3. SISTEMAS LOCALES DE SALUD
4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
5. EVALUACIÓN
6. ESTRATEGIAS LOCALES

NLM WA320

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad Técnica Salud del Niño y del Adolescente.

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C 20037, EE.UU

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implica, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

DOCUMENTO ELABORADO POR

Ana María Quijano Calle
Luis Gutiérrez Alberoni

VALIDACIÓN:

Julio Salcedo Ponce

OPS/OMS

Miguel Dávila Dávila

COORDINACIÓN TÉCNICA

Christopher Drasbek

PARTICIPANTES EN EL TALLER DE VALIDACIÓN

Por la Cruz Roja:

Norma Olaechea Mendoza
Hilada Fernández Araujo
Yahaira Valverde Vigo
Dilma Dávila Apolo

Por Salud:

Yolanda Náfac Peña
Rosario Arias Maldonado
Wilfredo Livias
Edith Arroyo
Fernando Cerna Iparraguirre

Por la Comunidad:

Eufemia Ranilla Medina

CONTENIDO

7

PRÓLOGO

11

PRESENTACIÓN

15

PRIMER MOMENTO
Análisis de la realidad local

25

SEGUNDO MOMENTO
Situación local de las prácticas clave

33

TERCER MOMENTO
Análisis local de los problemas
con la comunidad

43

ANEXO 1
¿Qué es un grupo focal?

47

ANEXO 2
Planificación de base

53

ANEXO 3
Taller de análisis: El problema de salud
infantil y sus alternativas de solución

PRÓLOGO

Durante las últimas décadas se ha registrado un importante avance en la situación de la salud de la población en general y, particularmente, de la infancia. La esperanza de vida se incrementó en la mayoría de los países como resultado de la reducción de la ocurrencia de muertes por enfermedades infecciosas y respiratorias durante los primeros años de la vida. Algunas de las enfermedades que varias décadas atrás afectaban seriamente la salud de miles de niños y niñas en todo el mundo, han reducido poco a poco su importancia como causa de morbilidad y mortalidad, producto de los sostenidos y masivos esfuerzos de vacunación realizados por todos los países.

El avance registrado en la salud mundial ha estado estrechamente asociado al desarrollo del conocimiento y la tecnología. Simultáneamente con los resultados de la aplicación de muchos de estos avances, nuevos hallazgos y desarrollos científicos han asombrado a la humanidad, sentando las bases de una perspectiva optimista con relación al futuro control y prevención de muchas enfermedades.

En este contexto resulta inevitable la reiteración de algunas preguntas que han cobrado importancia tanto en el nivel global como de los países: ¿Por qué millones de niños y niñas mueren anualmente antes de alcanzar los cinco años de edad?; ¿Por qué una

gran mayoría de estas muertes ocurre debido a enfermedades y problemas de salud que pueden ser fácil y económicamente prevenidos o tratados?

Desde hace varias décadas, los organismos internacionales de cooperación han trabajado activamente para analizar las causas de esta situación, y si bien múltiples factores determinan la persistencia de ciertas enfermedades como causa de morbilidad y mortalidad durante la infancia, una constante en el desenlace fatal de estos episodios es la falta de acceso de muchas familias a los recursos y a la información que permite su prevención y su tratamiento oportuno y adecuado.

Un conjunto básico de conductas puede evitar que los niños y las niñas se enfermen, que en caso de que esto ocurra los episodios evolucionen favorablemente hacia la curación, y que la familia tome decisiones precoces para buscar ayuda fuera del hogar. Un conjunto de intervenciones sencillas y de bajo costo, puestas al alcance de las familias a través de los servicios y del personal de salud, también pueden prevenir enfermedades y brindar tratamientos efectivos contra la mayoría de ellas. Un número limitado de prácticas familiares y comunitarias, finalmente, puede no solo entregar herramientas para la protección contra las enfermedades, sino las condiciones más apropiadas para la supervivencia infantil, su crecimiento y desarrollo.

Poner al alcance de todas las familias este conjunto de prácticas e intervenciones ha constituido el principal objetivo de los gobiernos, especialmente durante los últimos decenios. En el marco de los compromisos internacionales adoptados en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1990 y en la Cumbre del Milenio en 2000, todos los gobiernos han comprometido su esfuerzo sostenido para lograr un conjunto de objetivos y metas que contribuyan a mejorar la salud y el bienestar de la población.

Aunque los avances han sido importantes, la persistencia de elevadas tasas de mortalidad y morbilidad en la infancia en muchos países indica que los esfuerzos deben no solo incrementarse, sino orientarse especialmente hacia aquellas áreas con mayor vulnerabilidad. Es precisamente en estos grupos en los que la supervivencia infantil y el crecimiento y desarrollo saludables durante la niñez continúan siendo una asignatura pendiente, poniendo de manifiesto la inequidad en la distribución de los beneficios que el conocimiento y la tecnología han brindado a gran parte de la humanidad.

De esta forma, la extensión de la estrategia AIEPI a toda la red de atención primaria de salud, y a la transferencia de sus contenidos educativos a todas las familias es, por lo tanto, una tarea clave para contribuir a que todos los niños y niñas del continente, y especialmente aquellos que viven en las áreas y grupos de población con mayores índices de morbilidad y mortalidad, tengan acceso a las intervenciones que les garantizarán la supervivencia y el crecimiento y desarrollo saludables.

Difundir y promover este conocimiento es por lo tanto un imperativo ético de toda la población. El papel del personal de salud en esta tarea es fundamental, teniendo en cuenta su desempeño en las áreas destinadas al cuidado y protección de la salud de la población, que concurre periódicamente no solo con fines de tratamiento de enfermedades, sino para aplicar medidas de prevención.

En esta tarea se unen además todas personas que intervienen en el establecimiento de las políticas públicas, y la práctica de su aplicación puede fomentar que el conjunto básico de medidas que protegen la vida y promueven la salud y el desarrollo de niños y niñas esté al alcance de la familia y la comunidad.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es una estrategia efectiva que brinda a las familias y a la población acceso al conjunto de intervenciones clave para la supervivencia infantil y para su crecimiento y desarrollo saludables. A través de su componente comunitario, AIEPI ha contribuido a reforzar las prácticas más beneficiosas para el cuidado y atención de los niños y niñas en el hogar, y a desalentar aquellas que pueden ser potencialmente peligrosas.

Esta contribución ha sido posible mediante la activa participación de las familias y de la comunidad, que a través de un trabajo intersectorial coordinado en el nivel local ha permitido alcanzar a los grupos de población más vulnerables. Este trabajo también ha enriquecido el análisis de la situación de salud de la infancia, incorporando la visión y la percepción de la propia comunidad, lo que ha resultado en una mejor identificación de las prioridades, y en la adaptación de las respuestas a las características de cada lugar.

En los últimos años, miles de personas han sumado su esfuerzo a la tarea de extender los beneficios de las prácticas que pueden promover la salud durante la infancia y mejorar las condiciones nutricionales y el desarrollo en los primeros años de la vida. De esta forma se ha llegado cada vez a más niños y niñas, particularmente a aquellos en condiciones de mayor vulnerabilidad, y se ha contribuido a que los países avancen hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) comprometidos por todos los gobiernos, para brindar a los niños y niñas de todo el mundo una mejor oportunidad para su adolescencia, juventud y vida adulta.

Dr. Yehuda Benguigui
Jefe Unidad
Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria
OPS/OMS



PRESENTACIÓN



a filosofía que anima la metodología de trabajo se puede resumir en tres actitudes constantes: *convocar*, *participar* y *construir*. Estas tres actitudes caracterizan el rol del Equipo Local y son, a la vez, valores del Proyecto, razón por la cual son permanentemente promovidas por el personal integrado en el mismo desarrollo de sus actividades.

El coordinador local es, ante todo, un líder. Él está siempre convocando y movilizand o las capacidades locales de la zona para hacer de ellas aliados permanentes en el logro de la generalización de las prácticas clave de protección en los niños y niñas menores de 5 años, en sus madres, en las familias y en las comunidades locales. La respuesta a esa convocatoria da derecho a tomar parte en la realización de las tareas y actividades del Proyecto, aportando capacidades y beneficiándose de las realizaciones y ganancias humanas, sociales y culturales de la praxis desarrollada.

La participación, como valor, debe estar presente en el diseño de toda actividad, buscando constantemente descubrir en ella su potencial movilizador y aprovecharlo para ir construyendo comunicación, interacción entre adultos, entre adultos y niños, entre niños por los niños generando conciencia, consensos y práctica social, familiar y personal de protección a las niñas y niños menores de 5 años y sus madres.

PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Este documento está dirigido al personal local de los servicios de Salud, Cruz Roja y otros actores sociales involucrados en el tema de salud, como apoyo en la elaboración del diagnóstico de su realidad local y sus problemas de salud, en particular los relacionados a los niños y niñas menores de cinco años. También busca analizar el porqué ocurre, para finalmente contar con un plan de trabajo que permita vulnerar el problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas Infancia (UNICEF) promueven la iniciativa mundial de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), estrategia que ha sido validada y aceptada como una de las principales intervenciones para mejorar la situación sanitaria de los niños y niñas en las Américas. Esta estrategia se operacionaliza a través de tres componentes:

- Mejorar las habilidades del personal de salud, incorporando a los mismos, conocimientos y prácticas para tratar mejor y oportunamente al infante.
- Fortalecer la organización de los servicios de salud para responder efectivamente y en redes al problema de salud infantil.
- Incorporar a la familia y comunidad en el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado y protección del niño.

El componente comunitario trata de articular el esfuerzo iniciado en los servicios de salud con acciones que se puedan desarrollar en la comunidad, involucrando a todos los actores y sectores posibles en el nivel local para promover las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección del niño y niña, tanto en el hogar, como en la comunidad. En tal sentido la familia, y las redes familiares y sociales, constituyen el sujeto principal de las intervenciones que se desarrollan.

La participación de la comunidad constituye un fin y un medio para contribuir a mejorar las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección del niño, pero para que ello ocurra se requiere la decisión deliberada y consciente de involucrar en este esfuerzo todos los recursos humanos y organizaciones presentes en cada realidad (agentes comunitarios de salud, ONGs, municipio, organizaciones de base, escuela, líderes, etc. Solo de esta manera se podrá influir positivamente en la salud de los niños.

Se requiere que tanto la Cruz Roja local y los establecimientos de salud que impulsarán el proceso se ubiquen y comprendan su escenario social, geográfico e institucional. A ello contribuye el diagnóstico situacional de carácter activo con la participación de todos los actores sociales involucrados en el Proyecto Comunitario de la Estrategia AIEPI.

Se sugiere que esta guía sea discutida por el equipo del nivel local, compuesto por personal de los servicios de salud, de la Cruz Roja y otras instituciones convocadas para incorporarse como actores activos y hacer frente a los problemas de salud infantil y materna a nivel local.

Esta Guía, que debe ser permanentemente adaptada a las condiciones y realidades locales, pretende ser un instrumento que facilite los procesos. Por ello deberá ser enriquecida con las experiencias y los recursos existentes en la localidad.

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO LOCAL PARTICIPATIVO

Objetivo general

Compartir una secuencia metodológica que permita abordar la situación de salud infantil con la participación de los distintos actores sociales con los que, en conjunto, se organizará un plan de trabajo.

Objetivos específicos

- 1) Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud del niño y de la mujer gestante, así como la descripción y análisis de los actores sociales y sus redes.
- 2) Conocer la situación de las prácticas familiares y comunitarias a nivel local.
- 3) Analizar los problemas de salud detectados, en conjunto con la población y los actores sociales. Revisar sus causas y consecuencias y proponer acciones para hacer frente a los mismos.

CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO LOCAL PARTICIPATIVO

El Diagnóstico Local Participativo, que será impulsado para el desarrollo del Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI, tiene tres características relacionadas a sus tres grandes momentos:

PRIMER MOMENTO: Relacionado al análisis de la realidad local, debe contar con información directa de la localidad acerca del problema de salud infantil y materna. Para ello es necesario conocer los datos de la población, estructura de la misma, dinámica y características sociales, económicas y culturales; datos de mortalidad infantil, materna y general, sus tendencias y algunos factores que la explican.

Deberán, además, describir las organizaciones públicas, privadas, comunitarias, los actores sociales que existen y el número de comunidades, y también la red de servicios de salud, su organización y capacidad de resolución. Es decir la base de recursos humanos e institucionales que existen en dicha realidad.

SEGUNDO MOMENTO: Corresponde a la situación y descripción de las 16 prácticas familiares clave y comunitarias de atención y cuidado de los niños y niñas. Para ello, a través de sondeos, encuestas de opinión, encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, entrevistas o grupos focales, se indagará sobre la situación de conocimiento, actitudes y prácticas de la familia, comunidad y actores sociales, respecto a las prácticas clave, familiares y comunitarias.

TERCER MOMENTO: Corresponde al análisis y ejercicio participativo de la comunidad representada a través de la familia, actores sociales, servicios de salud y Cruz Roja. Partiendo del análisis de la realidad local, la identificación de causas y consecuencias del problema de salud infantil específico, se proponen acciones que constituirán la base de un plan de trabajo y/o perfil de proyecto.

MOMENTOS DEL DIAGNÓSTICO LOCAL PARTICIPATIVO



PRIMER MOMENTO

[Análisis de la realidad local]

- **ANÁLISIS DE LA REALIDAD LOCAL (MAPA O CROQUIS).**
- **IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD INFANTIL Y MATERNA.**
- **IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES Y SUS REDES.**

PLAN NACIONAL
DE SUPERVIVENCIA
Y DESARROLLO
INFANTIL

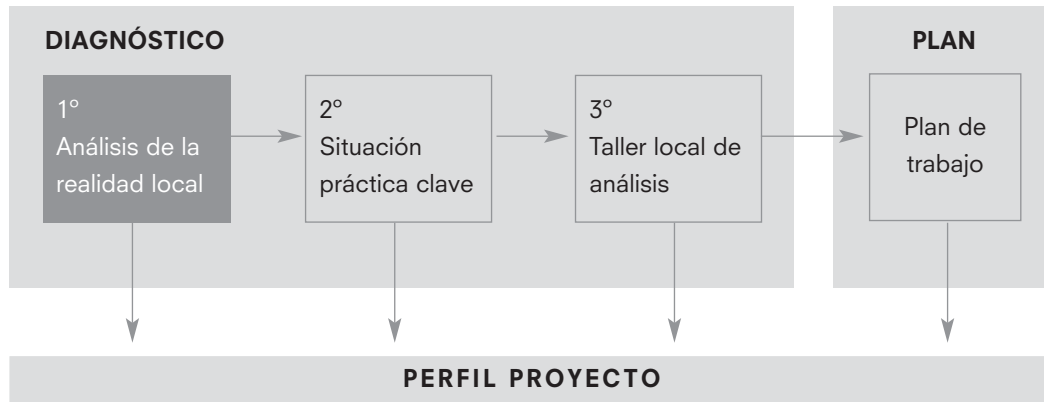


Y SALUD
MATERNAL

6 de
nov.

la unidad nacional
por el binomio
madre-niño





PRIMER MOMENTO

[Análisis de la realidad local]

Este primer momento busca que el equipo se ubique en su entorno más cercano: su localidad, su medio ambiente, el espacio social y geográfico donde habitan personas, instituciones y actores sociales que cuentan con redes propias, y particularice el problema de salud infantil y materna.

Esta es una manera de fortalecer identidad y pertenencia, y de reconocer que existen problemas de salud infantil y materna. También que hay una red amplia de actores sociales para hacer frente a dichos problemas.

INSTRUCTIVO DEL PRIMER MOMENTO: ANÁLISIS DE LA REALIDAD LOCAL

El Ministerio de Salud y la Cruz Roja locales, a través del Coordinador Local, convocan a las entidades presentes en la zona de trabajo, como universidades, ONGs, otras dependencias del Estado y profesores de colegios, a participar como equipo para el diagnóstico local participativo.

Se sugiere que el equipo inicie la elaboración del mapa o croquis de su localidad, pues eso constituye una ayuda importante para:

- La identificación del problema de salud infantil y materna.
- Descripción y análisis de los actores sociales y sus redes.
- La red de servicios de salud .
- Características sociales, culturales, productivas y demográficas de la población local.
- Se requiere adicionalmente información nacional y regional que, desde el nivel central deben ser apoyadas por los ministerios de salud y Cruz Roja.

Este momento cuenta con una serie de preguntas y necesidades de información que deberán ser reflejadas en la descripción de la situación local, especialmente en lo relacionado al problema de salud infantil y a las redes de actores sociales presentes.

1) IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD INFANTIL Y MATERNO A NIVEL LOCAL

Para llegar a identificar él o los problemas de salud infantil y materna a nivel local, se inicia un abordaje nacional y subnacional. Esta descripción y análisis es importante para poder entender la magnitud del problema, sus tendencias y los programas nacionales que existen actualmente para enfrentarlos.

1.1 Situación nacional y subnacional

Breve descripción de:

- Mortalidad infantil y tendencias apelando a información nacional existente.
- Mortalidad infantil por causas.
- Morbilidad infantil.
- Mortalidad materna, tendencias.
- Coberturas de parto institucional / domiciliario.
- Coberturas de control prenatal.

El grupo debe apoyarse en cuadros o matrices que expliquen estos datos, por ejemplo:

MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA NACIONAL Y SUBNACIONAL

INDICADOR	NACIONAL	SUBNACIONAL	AÑO
Mortalidad infantil	(Tasa)	(Tasa)	
Mortalidad materna	(Tasa)	(Tasa)	

MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS NACIONAL Y SUBNACIONAL

CAUSAS	NACIONAL	SUBNACIONAL	AÑO
1)	(Tasa)	(Tasa)	(Tasa)
2)	(Tasa)	(Tasa)	(Tasa)
3)	(Tasa)	(Tasa)	(Tasa)
4)	(Tasa)	(Tasa)	(Tasa)
5)	(Tasa)	(Tasa)	(Tasa)
6)	(Tasa)	(Tasa)	(Tasa)

1.2 Situación local

En esta parte se debe describir sucintamente la realidad local, empezando con los aspectos relacionados a la situación de salud, la identificación del problema de salud infantil y materna, las características de la población que vive en dicha realidad, la presencia y función de los actores sociales y la red de servicios de salud.

Breve descripción de la situación local de salud:

- Población total del ámbito
- Estructura de la población por edades.
- Mortalidad infantil y tendencias (es mejor expresarla en números absolutos).
- Mortalidad infantil por causas.
- Morbilidad infantil.
- Mortalidad materna, tendencias (en números absolutos).
- Coberturas de parto institucional / domiciliario.
- Coberturas de control prenatal.

El grupo debe apoyarse en cuadros o matrices que expliquen estos datos, por ejemplo:

MUERTE INFANTIL Y MATERNA EN EL NIVEL LOCAL

DATO	NÚMERO DE MUERTES AÑO 2000	NÚMERO DE MUERTES AÑO 2001
Muerte infantil		
Muertes maternas		

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL NIVEL LOCAL

CAUSAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN EL NIVEL LOCAL

CAUSAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
1)	
2)	
3)	

Los datos obtenidos hasta este momento permiten percibir la “situación problemática” en que se encuentran los niños menores de 5 años y las gestantes de la localidad.

A partir de esta información se debe enunciar y caracterizar el o los problemas de salud infantil y materna en esa área. El problema, para enunciarlo correctamente, se expresa como brecha entre una situación encontrada y una esperada, especificando su magnitud, a quiénes afecta y su localización espacio temporal.

- Situación realmente existente

- Manifestando una brecha
- Magnitud de la brecha
- Indicando a quién afecta
- Manifestación en la localidad
- Temporalidad del problema
- Indicadores

2) DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS ACTORES SOCIALES Y SUS REDES

Gracias al apoyo del mapa o croquis de la localidad, se identifica a los actores sociales, instituciones públicas y privadas, organizaciones comunitarias, escuelas, iglesias, gobierno local, etc. Las siguientes

preguntas permitirán conocer mejor a cada actor, su función y las redes que involucran:

- ¿Qué instituciones del Estado y privadas existen en esta localidad?
- ¿Qué organizaciones comunales de base existen y son activas?
- ¿Qué medios de comunicación existen para comunicarse con los lugares más alejados (radio, teléfono, entre otros).
- ¿Qué formas y mecanismos de coordinación existen entre las instituciones y organizaciones identificadas?

- ¿Qué actividades se realizan en la comunidad que fomentan la salud? ¿Quién las realiza?
- Las ONGs del ámbito local: ¿Qué líneas de acción desarrollan? ¿Cómo interactúan con los servicios de salud?
- ¿Qué actores sociales se identifican (alcalde, gobernador, escuela, guardería, promotores, promotoras, curanderos, parteras, agentes comunitarios de salud, etc.)?

Éstas y otras preguntas que el equipo considere importantes deben formularse para luego registrarse en la siguiente matriz de actores sociales:

MATRIZ DE ACTORES SOCIALES		
ACTORES SOCIALES IDENTIFICADOS EN LA LOCALIDAD	¿QUÉ HACEN? (Función principal en la localidad)	REDES QUE CUENTAN (Estructura del actor)
Educación		
Organizaciones de base		
Gobierno local		
Cruz Roja		
Servicios de salud		
Agentes comunitarios de salud		
Iglesias		
ONGs		
Otros		

Ejemplo: se presenta a dos actores identificados en uno de los ámbitos de Bolivia.

MATRIZ DE ACTORES SOCIALES		
ACTORES SOCIALES IDENTIFICADOS EN LA LOCALIDAD	¿QUÉ HACEN? (Función principal en la localidad)	REDES QUE CUENTAN (Estructura del actor)
Educación	- Formación y educación de población escolar a través de educación formal pública. - Hacer partícipes de la educación a los padres de familia.	- Once centros educativos. 3.800 niños de 6 a 14 años. 165 profesores. - Llegan a contactar con 2.000 padres de familia.
Organizaciones de base (Juntas vecinales)	Autoridad vecinal con funciones de gestión y programación de planes operativos anuales.	52 juntas vecinales, una por barrio en el ámbito. - Diez miembros por cada Junta. - La instancia de segundo grado de las Juntas es el Consejo Distrital de Juntas.

La identificación de los actores sociales, el reconocimiento de su función y las redes propias con que cuentan, constituye la base potencial para la promoción del cuidado de la salud del niño y la mujer gestante.

De la función y estructura de los actores sociales, diversa y diferente en cada realidad local, ya se vislumbra las posibilidades del involucramiento de ellas para llegar finalmente a las familias, sujeto del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

3) LA RED DE SERVICIOS DE SALUD LOCAL

Dos actores esenciales en la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, son la comunidad y los prestadores de servicios de salud, públicos o privados. En el acápite anterior se identificó a los actores sociales y sus redes; en este punto se analizan las respuestas que dan los servicios de salud.

- ¿Cuáles son los programas locales para enfrentar el perfil epidemiológico local respecto a la salud de los niños menores de 5 años y gestantes?
- ¿Cómo están organizados los servicios de salud de la localidad para atender a los niños y niñas con enfermedades prevalentes? (Establecimientos de salud, Cruz Roja, seguro social y otros). Ayúdese ubicando en el mapa o croquis distancias, horario de atención, si tiene radio, teléfono, ambulancia, etc.)
- ¿El establecimiento de salud tiene capacidad para enfrentar los problemas de salud de la infancia prevalentes en su localidad? ¿Tiene medicamentos apropiados? ¿Tiene sala de partos, cesárea y atención al recién nacido?
- ¿Cómo se ha incorporado la estrategia AIEPI en el establecimiento de salud? ¿Qué roles y funciones cumple el personal del establecimiento en lugares donde ha implementado la estrategia AIEPI? ¿Qué hace? Ejemplo.

- ¿Existe personal de salud capacitado en la estrategia AIEPI? ¿Cuántos? Número de personal existente en los establecimientos de salud en la zona de proyecto.
- ¿Cómo se articula y coordina el establecimiento de salud con otros actores y organizaciones de la comunidad, por ejemplo con ACS (agentes comunitarios de salud)? ¿Para qué?

4) ACTIVIDADES DE DESARROLLO DE LA CRUZ ROJA

- ¿Qué actividades o proyectos realiza la Cruz Roja en la localidad?
- ¿Cómo se articula y coordina La Cruz Roja con el establecimiento de salud y con otros actores y organizaciones de la comunidad? ¿Para qué?
- ¿Existe personal de la Cruz Roja capacitado en la estrategia AIEPI? ¿Cuántos? Número de personal existente en los establecimientos de la Cruz Roja en la zona de Proyecto.

5) VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS

SECTOR VIVIENDA: Características de la vivienda relacionadas a la salud del niño, Ej.: Abrigada/No abrigada.

SERVICIOS BÁSICOS: Sistema de abastecimiento de agua, desagüe, disposición de basura.

6) ASPECTO SOCIOCULTURALES

- ¿Cuáles son las características de la población? (sociales, organizacionales, culturales, políticas, de trabajo).
- ¿Qué aspectos culturales de la población y del personal de los servicios de salud constituyen nudos críticos en el cuidado y protección del niño y de la mujer gestante?

- La comunidad ¿tiene dificultades para recibir atención en los establecimientos de salud por distancia, limitación de transporte, dificultades geográficas? ¿Por qué?
- El costo del traslado y/o de la atención en los establecimientos de salud ¿es un problema que impide que la población acuda? ¿Por qué?
- ¿Qué aspectos en la oferta de los servicios de salud influyen para que las madres y la familia no concurran a los establecimientos de salud?

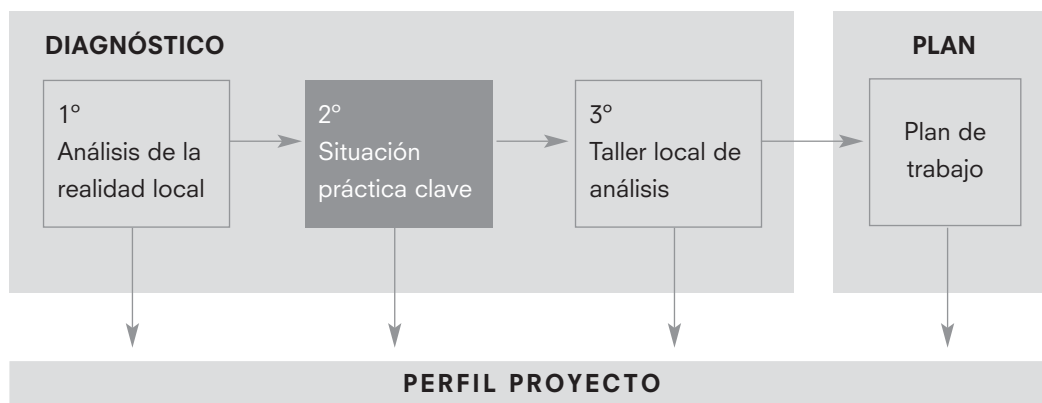
SEGUNDO MOMENTO

[Situación local de las prácticas clave]

- **SITUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLAVE DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD**
- **SECUENCIA PARA DEFINIR LA SITUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLAVE**
- **16 PRÁCTICAS CLAVE DE LA OMS/UNICEF**



PLANIFICACIÓN LOCAL



SEGUNDO MOMENTO

[Situación local de las prácticas clave]

Luego de abordar el análisis de la realidad local, la identificación de los actores sociales y sus redes, y de enunciar y caracterizar el problema de salud infantil y materna en el nivel local, se requiere profundizar el conocimiento de la situación de las prácticas familiares y comunitarias, protectoras del niño y la mujer gestante.

Una manera de analizar y profundizar el problema (perfil epidemiológico local) es relacionarlo con las 16 prácticas clave de protección del niño y la mujer y encontrar cuáles son las prácticas que se deberían priorizar para la intervención directa y que pueden contribuir a vulnerar el problema de salud infantil y materna identificado.

INSTRUCTIVO DEL SEGUNDO MOMENTO: SITUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLAVE

Como no todas las prácticas familiares y comunitarias clave están relacionadas al perfil epidemiológico local que se presenta en el primer momento, es necesario priorizar aquellas prácticas que serán sometidas a un proceso de investigación cualitativa, ya sea a través de grupos focales, entrevistas en profundidad, encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, etc. Se sugiere la siguiente secuencia:

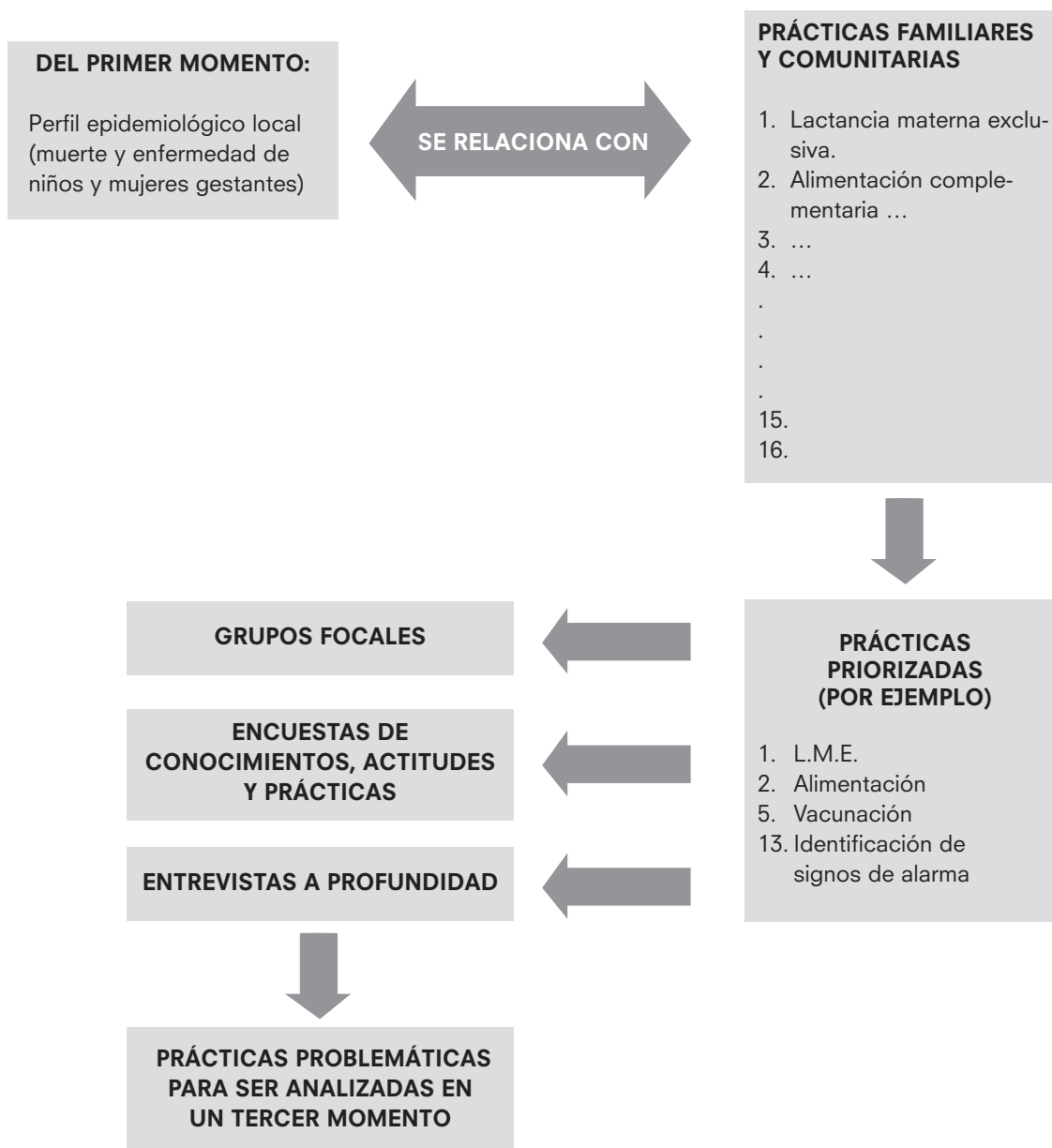
- 1) Una vez identificados en el primer momento los principales problemas de salud de los niños y niñas menores de 5 años y de las madres gestantes, se identifica y prioriza aquellas prácticas de las 16 presentadas, que están más relacionadas directamente al problema.
- 2) Utilizando la matriz de prácticas clave, y al tener las prácticas priorizadas, se debe detallar los aspectos que se necesitan saber de ellas.
- 3) Una vez definido lo que se necesita saber, se debe identificar entre las instituciones o profesionales que participan en el proyecto aquella que tiene capacidad para desarrollar Grupos Focales y otras investigaciones cualitativas y cuantitativas y solicitar su asistencia técnica. De no tener esta capacidad, convocar a otras entidades de la zona que tengan recurso humano capacitado en este tipo de investigaciones.

(Anexo Grupos focales)

El valor agregado de la intervención comunitaria de AIEPI estaría en movilizar universidades, ONG, o personas que desarrollan investigaciones cuantitativas o cualitativas de conocimientos, actitudes y

prácticas, constituyéndose en un aliado. Por ello es necesario apelar a aquellos expertos en estas metodologías. También se puede apelar a investigaciones existentes.

SECUENCIA PARA DEFINIR LA SITUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLAVE



A continuación se presentan las 16 prácticas familiares y comunitarias clave, y lo que se desea saber de ellas, entendiéndose esto último como el conocimiento de cada práctica en particular para contar, después de la investigación, con los otros problemas

visibles sujetos al trabajo del componente comunitario de la estrategia AIEPI, y que a la vez puede constituirse como el conocimiento inicial para que al final de la intervención pueda ser medido el resultado.

16 PRÁCTICAS CLAVE DE LA OMS/UNICEF

Para el crecimiento y desarrollo	
PRÁCTICA CLAVE	LO QUE NECESITAMOS SABER
Dar lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.	- Hábitos y costumbres de alimentación a los niños menores de 6 meses. - Si existe o no ingesta de otro tipo de alimentos o líquidos diferentes a la leche materna en la alimentación del niño antes de cumplir los 6 meses. - Tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva.
A partir de los seis meses de edad, dar a los niños y niñas alimentos complementarios de calidad, frecuencia y cantidad adecuada.	- Hábitos y costumbres de alimentación al niño a partir de los 6 meses. - Cómo, cuándo, cuántas veces y con qué iniciar la alimentación complementaria. - Duración de la lactancia materna.
Que los niños y niñas reciban cantidades adecuadas de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea como parte de su régimen alimentario o mediante la administración de suplementos.	- Los productos locales ricos en micronutrientes (vitamina A y hierro). - Acceso, frecuencia, cantidad y modo de consumo de estos productos.
Promover el desarrollo mental y social al responder a las necesidades del niño y la niña en cuanto a la atención, gracias a la conversación, el juego y a un entorno estimulante.	- Cómo y quiénes participan en la estimulación del niño. - Cómo se manifiesta el amor y afecto dentro de la familia y la comunidad.

Para la prevención de enfermedades

PRÁCTICA CLAVE	LO QUE NECESITAMOS SABER
Llevar a los niños y niñas al consultorio o centro de salud de acuerdo a un cronograma establecido, a objeto de que reciban todas las vacunas necesarias (BCG, DPT, OPV y sarampión) antes de su primer cumpleaños.	- Actitud de la familia frente a la vacunación de los niños. - Factores (de los servicios de salud, comunidad y familia) que impiden el cumplimiento del calendario de vacunación del niño.
Eliminar las heces, incluidas las heces de los niños y las niñas, de manera inocua, y lavarse las manos después de la defecación, antes de preparar las comidas y antes de alimentar a los niños y niñas.	- Hábitos de higiene personal, conservación e higiene de los alimentos, eliminación de excretas y desechos sólidos que tiene la familia y comunidad. - Fuente de abastecimiento de agua, como lo consumen y conservan.
Proteger a los niños y las niñas en las zonas donde la malaria es endémica, y velar por que duerman bajo mosquiteros tratados con insecticida.	- Medidas de control y prevención tiene la familia y comunidad frente a la malaria. - Medidas de protección del niño frente a la malaria que son tomadas por la familia.
Adoptar y mantener el comportamiento apropiado en cuanto a la prevención y la atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA, en especial los huérfanos y huérfanas.	Actitud y medidas preventivas frente a una persona infectada por el VIH/SIDA.

Para la asistencia domiciliaria apropiada

PRÁCTICA CLAVE	LO QUE NECESITAMOS SABER
Continuar dando la alimentación usual y ofrecer más líquidos, en especial leche materna, a los niños y niñas cuando están enfermos.	- Hábitos y costumbres de alimentación del niño enfermo. - Factores que impiden la adecuada alimentación e ingesta de líquidos en el niño enfermo.
Dar a los niños y niñas enfermos(as), o con alguna infección, el tratamiento apropiado en casa.	- Cuidados al niño enfermo en el hogar. - Factores que influyen en el inapropiado tratamiento.
Evitar el maltrato y el descuido de los menores y tomar las medidas apropiadas si es que ocurriera.	- Si existe o no maltrato físico o emocional dentro del hogar. - Si el niño y la mujer son víctimas de maltrato físico o emocional.

Para la asistencia domiciliaria apropiada (cont.)

PRÁCTICA CLAVE	LO QUE NECESITAMOS SABER
	- Actitud de la familia y comunidad frente al maltrato del niño. - Medidas tomadas frente a cualquier tipo de maltrato.
Velar por que los hombres se ocupen activamente del cuidado de los niños o niñas, y participen en las cuestiones de salud reproductiva de la familia.	- Participación del hombre en el cuidado del niño y la salud reproductiva de la familia. - Factores que influyen en la participación del hombre en el cuidado del niño.
Tomar medidas apropiadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños y niñas.	- Accidentes más frecuentes que tiene el niño en el hogar y la comunidad. - Actitud de la familia y comunidad frente a la vulnerabilidad de los niños a los accidentes. - Medidas preventivas tomadas a nivel familia y comunidad.

Para buscar ayuda

PRÁCTICA CLAVE	LO QUE NECESITAMOS SABER
Reconocer cuando los niños o niñas enfermos(as) necesitan tratamiento fuera del hogar, y buscar atención de los proveedores apropiados.	- Signos que indican a la familia que el niño está en peligro. - Actitud de la familia y la comunidad frente a estos signos de riesgo. - Factores que influyen en que el niño en riesgo no reciba la atención adecuada y oportuna.
Seguir los consejos del trabajador de salud acerca del tratamiento, el seguimiento y el reenvío a otro servicio.	- Si la familia cumple con el tratamiento, seguimiento y consejos del trabajador de salud. - Factores que influyen para que no los cumplan.
Asegurarse de que toda mujer embarazada tenga atención prenatal adecuada. Esto incluye asistir por lo menos a 4 consultas prenatales con un proveedor de asistencia sanitaria apropiado, y recibir las dosis recomendadas de vacunación con el toxoide tetánico. La madre también necesita apoyo de su familia y de la comunidad al buscar atención en el momento del parto y durante el período del posparto y lactancia.	- Cuidados y costumbres que tiene la familia frente al embarazo, parto y puerperio. - A dónde y a quién acuden para el control del embarazo y atención del parto. - Factores que impiden que la mujer embarazada acuda al establecimiento de salud para el control del embarazo, atención del parto y cuidados del puerperio. - Signos de riesgo que identifica la familia en la mujer gestante, que le indican que está en riesgo. - Qué hacen frente a la identificación de estos signos.

TERCER MOMENTO

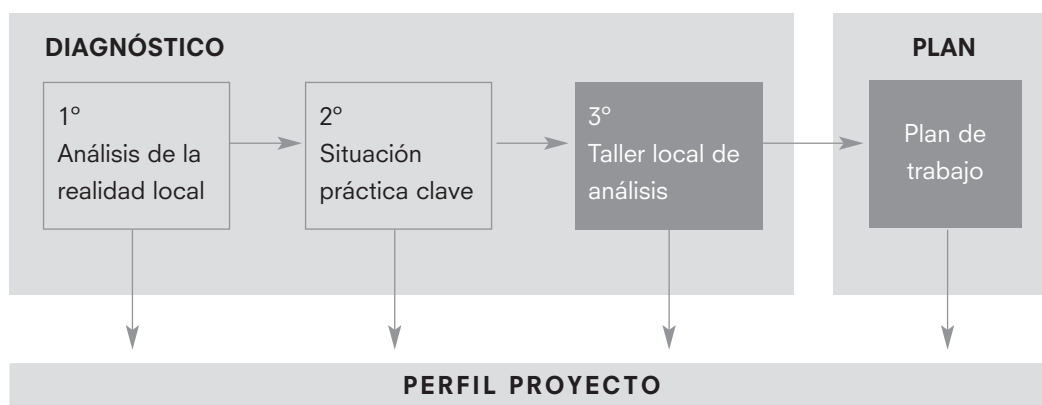
[Análisis local de los problemas con la comunidad]

“TALLER DE PLANIFICACIÓN DE BASE”

- **ANÁLISIS DE LA REALIDAD LOCAL**
- **EL PROBLEMA DE SALUD**
- **LAS CAUSAS Y CONSECUENCIAS**
- **LAS ACCIONES**
- **EL PLAN DE TRABAJO**



PLANIFICACIÓN LOCAL



TERCER MOMENTO

[Análisis de los problemas identificados con la comunidad y sus actores]

El tercer momento se desarrolla a través de un taller local, denominado de Planificación de base, pues es esta la metodología que permite, partiendo del problema identificado, plantear finalmente acciones para superar el problema y constituye además el plan de trabajo local y es insumo para formular proyectos.

El Diagnóstico Local Participativo concluye con este taller, al haber generado acciones que constituyen un plan de trabajo para los distintos actores involucrados.

Cuando se habla de un Plan de trabajo local para AIEPI comunitario, éste refleja las capacidades que cada actor tiene de enfrentar el problema de salud infantil y materna con los mismos fondos, recursos

humanos y redes sociales. Los resultados logrados (problema-causas-consecuencias y acciones) constituyen una fuente nueva de conocimientos para poder formular perfiles de proyecto y así movilizar fondos complementarios si fuera necesario.

El Diagnóstico Local Participativo concluye en un plan de trabajo local de los diferentes actores sociales y expresa la movilización local de instituciones y recursos humanos para hacer frente al problema partiendo con sus propios recursos.

El tercer momento para el diagnóstico local participativo es sinónimo de taller de planificación de base: El tercer momento, motivo de este taller, es en el que la comunidad organizada y los actores sociales presentes discuten y analizan el problema central, a través de la metodología de planificación de base.

1) OBJETIVO DEL TALLER

- Elaborar un plan de trabajo producto de la discusión y análisis de la población organizada, líderes, organizaciones públicas y privadas, para hacer frente al problema de salud infantil y materna, a través de la metodología de Planificación de base.
- Consolidar o fortalecer los espacios de coordinación y concertación multi-institucional con una activa participación social.

2) INSUMOS PARA EL TALLER LOCAL:

- a) Información del primer momento: información cuantitativa relacionada a la sistematización de información local de acuerdo a la Guía para la Formulación de Diagnóstico local participativo. Deberán acompañar, además, con un croquis de su ámbito local.
- b) Información del segundo momento: relacionada a estudios cualitativos sobre salud infantil y materna en el nivel local, que permita visualizar los problemas sobre conocimientos y prácticas familiares.
- c) La experiencia y el conocimiento de cada uno de los participantes como actores sociales, que a través de los trabajos de grupos construirán las acciones base para el Plan de Trabajo y el Perfil de Proyecto.

3) PARTICIPANTES

Participan tres grupos representativos:

- Madres o cuidadoras de niños.
 - Actores sociales: gobierno local, red educativa local, red de organizaciones de base, agentes comunitarios de salud, líderes, Iglesia y otros.
 - Red de servicios de salud y Cruz Roja.
- Alrededor de 30 representantes, previo a un proceso interactivo de convocatoria y sensibilización de dos días.

4) METODOLOGÍA

- Trabajo de grupos
- Plenarias

SECUENCIA DEL TALLER:**ANÁLISIS DE LA REALIDAD LOCAL.**

- Trabajo de grupos.
Guía de Trabajo 1: Análisis de la realidad local
- Plenaria.

PROBLEMA DE LA SALUD INFANTIL Y MATERNA DENTRO DE LA REALIDAD.

- Presentación y discusión en plenaria del problema en la realidad local.
- ¿Por qué del problema? (las causas).
- Trabajo de grupos a través de la metodología de planificación de base.
Guía de trabajo 2: Análisis familiar, social comunal y de los servicios de salud.
- Plenaria: Presentación de las causas familiares, de la comunidad y de los servicios de salud.
Se analizarán las consecuencias del problema.

CONSECUENCIA SI EL PROBLEMA PERSISTE.

- Discusión en plenaria.

¿QUÉ HACER ENTONCES? Guía de trabajo 3: Las acciones.

- Plenaria sobre acciones

ESTABLECIMIENTO DE ACUERDOS Y COMPROMISOS.

- Actores sociales y autoridades locales.

Anexo: Ver detalle en agenda del taller, guías de trabajo, planificación de base y ejemplo resultado de un taller.

5) LA MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE BASE:


PROBLEMA	CAUSAS	CONSECUENCIAS	ACCIONES
El problema central (muerte o enfermedad de los niños y sus madres o derivado de una práctica clave inadecuada)	El por qué ➔ En la familia ➔ En la comunidad y sus actores ➔ En los servicios de salud	Los efectos visibles si el problema persiste	¿Qué hacemos?, ¿Cómo?, ¿Con qué?, ¿Cuándo?, ¿Quiénes?, ¿Cómo nos evaluamos? Todas estas preguntas frente a las causas: ➔ Familiares ➔ Comunidad ➔ Servicios de salud

Cuando la misma población que tiene el problema lo identifica, analiza las causas y consecuencias del mismo y asume acciones para modificarlo, podemos entender que es lo más cercano al concepto de “Participación de la Comunidad”.

ESTRUCTURA DEL INFORME DE DIAGNÓSTICO

DATOS GENERALES

- País
- Región
- Provincia
- Localidad (división política).
- Circunscripción de Salud.
- Circunscripción de la Cruz Roja.
- Fecha

ANÁLISIS DE LA REALIDAD LOCAL

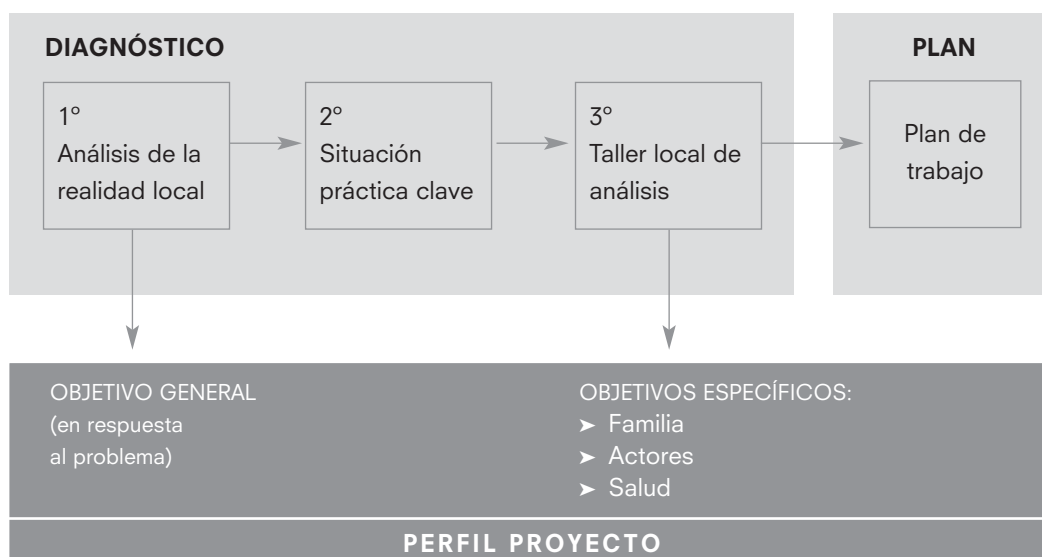
- Contexto nacional y subnacional.
- Contexto local.
- Problema de salud de los niños menores de 5 años y las mujeres gestantes en la localidad.
- Actores sociales, función y redes (estructura).
- Situación de los servicios de salud.

SITUACIÓN DE PRÁCTICAS CLAVE A NIVEL LOCAL

- Prácticas clave priorizadas con relación al perfil epidemiológico local.
- Resultado de prácticas clave priorizadas sometidas a estudios cualitativos.

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS CON LA COMUNIDAD Y SUS ACTORES

- Análisis de causas y consecuencias.
- Acciones de:
 - Familia
 - Actores sociales
 - Servicios de salud
- Plan de trabajo.
- Anexo matriz de planificación de base.



CÓMO ARTICULAR EL DIAGNÓSTICO LOCAL PARTICIPATIVO CON LA FORMULACIÓN DE UN PROYECTO AIEPI COMUNITARIO

[Perfil de proyecto]

El Diagnóstico Local Participativo, al concluir con el taller de planificación de base y el plan de trabajo en AIEPI comunitario, es ya una poderosa herramienta para definir las acciones de cada actor en relación al problema de salud infantil. Estos problemas van desde las prácticas inadecuadas de cuidado, hasta la muerte y enfermedad de los niños menores de cinco años y mujeres gestantes.

Con el plan de trabajo concluye la fase del Diagnóstico Local Participativo.

En lugares donde sea posible sistematizar el proceso para buscar o gestionar fondos complementarios, el proceso del diagnóstico local participativo y sus resultados constituyen la base para formular proyectos.

Lo que a continuación se describe es cómo construir rápidamente un perfil de proyecto AIEPI Comunitario.

TÍTULO DEL PROYECTO

1) Resumen Ejecutivo (media página)

Descripción resumida del problema que se va a abordar, el ámbito, la población destinataria (aspectos geográficos, culturales, tamaño) y cómo será resuelto el problema (acciones críticas sostenibles) con el concurso de todos los actores involucrados por su rol: Cruz Roja, Ministerio de Salud, ONGs y población organizada. El proyecto se verá como factor del fortalecimiento institucional y como una oportunidad para impulsar acciones críticas sostenibles de protección de los niños y niñas menores de 5 años y madres gestantes en las localidades identificadas. *(Contenidos que se reflejan en los tres momentos del diagnóstico local.)*

2) Situación nacional y situación local (una página)

Datos globales de contexto social, político y económico del país. Situación local: base de recursos humanos e institucionales. Indicadores demográficos y de salud en general e infantil en particular. *(Contenido en el primer momento del diagnóstico)*

3) Descripción del problema dentro de la realidad local (media página)

Describir el problema, sus causas y consecuencias, y la población afectada. Además, las tendencias y consecuencias si no se realiza el proyecto. *(Primer momento)*

4) Objetivos (una página)

Describir, en términos concretos, la situación que se espera lograr al término del proyecto (media página). El objetivo general es en respuesta al problema central identificado en el primer momento; los objetivos específicos, como respuestas a las causas enunciadas en la familia, los actores y la salud.

5) Resultados esperados (una página)

Cada objetivo específico deberá incorporar resultados al término del proyecto operativo (1 año) de acuerdo al perfil.

6) Estrategia (una página)

Describir cómo es que los objetivos específicos llegarán a convertirse en resultados. Incluye el rol de las organizaciones que participarán en el proyecto y la sostenibilidad institucional de esos roles (su objetivo específico).

7) Actividades y descripción de las mismas (cuatro páginas)

Describir las actividades que se ejecutarán para construir los resultados. (Entre cuatro a siete actividades importantes, necesarias y suficientes por resultado).

8) Plan de monitoreo y evaluación (dos páginas)

Describir el proceso de monitoreo y evaluación, así como los indicadores de implementación, proceso e impacto del proyecto. Asimismo, se debe mencionar y adjuntar en anexo los formatos para documentar la metodología, las actividades y sus cambios, lo que constituirá la memoria de proceso del proyecto con fines de sistematización.

9) Responsables, estructura y funciones (una página)

Describir quiénes son los responsables y cómo se organizarán y relacionarán los equipos a cargo de la ejecución del proyecto. Además, explicar las responsabilidades de cada uno y las de las organizaciones de la población.

10) Metodología operativa del proyecto (una página y media)

Describe la secuencia que se piensa seguir en la implementación del proyecto, indicando con quié-

nes se trabajará y qué se hará. Una de las maneras adecuadas de presentación es identificar momentos o fases del proyecto correspondientes a algún criterio importante (nivel de desarrollo del proyecto, profundización de metodologías o logro de resultados intermedios previstos).

11) Anexos

- Mapa de la zona destinataria.
- Plan de monitoreo y evaluación.
- Plan de Trabajo: cronograma y presupuesto, recursos de la localidad.
- Otra documentación comprobatoria apropiada.
- Formatos de sistematización.

ANEXO 1

[Grupos focales]



¿QUÉ ES UN GRUPO FOCAL?

Un grupo focal es una metodología de investigación cualitativa, que se hace a través de una discusión informal, libremente estructurado, con la participación de entre seis a diez personas y que se utiliza para recoger información sobre un tema específico.

¿QUIÉN LO DIRIGE?

Guía la discusión un moderador, quien alienta a los participantes a hablar libremente y revelar sus ideas y sentimientos acerca del tema. Tiene las siguientes características:

- Se identifica fácilmente con los participantes, habla bien el idioma de los participantes e inspira confianza.
- Está familiarizado con el tema.
- Es flexible, escucha bien y considera todas las opiniones.
- Nunca educa o proporciona información.
- Lo que hace es preguntar, escuchar y registrar las opiniones.

“ EL MODERADOR PREGUNTA, SONDEA, ESCUCHA Y APRENDE”

¿Cuáles son los pasos para desarrollar los grupos focales?

PASO I: DETERMINE LO QUE NECESITA SABER.

Determine el tema a tratar y prepare una lista de lo que necesita saber, las siguientes frases pudieran ayudarlo a comenzar, Ej. :

LO QUE NECESITAMOS SABER

1. Lo que no sabemos es cuál es la situación de la lactancia materna.
2. Tenemos dudas acerca de...
3. No comprendemos...

PASO II: DETERMINE QUIÉN DEBERÍA PARTICIPAR EN EL GRUPO FOCAL. Piense en las personas que serán mas útiles para los fines de la investigación, que le puedan dar óptimamente la información

que usted necesita. Describa qué características en común deben tener estas personas:

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

1. Mujeres de zonas rurales del distrito de Chao.
2. Mujeres con hijos menores de 5 años.
3. Mujeres de 15 a 35 años.

Una vez que tenga las características de los participantes, tenga cuidado y utilice canales imparciales para reclutar y seleccionar a los participantes para su grupo focal. Recuerde que el número de participantes es de 6 a 10, y el óptimo recomendado es de 8.

PASO III: PREPARE UNA GUÍA DEL TEMA PARA EL GRUPO FOCAL. La guía para el grupo focal deberá permitir obtener la información necesaria y estimular el debate, y debe ser preparada con anticipación.

Hay cuatro etapas progresivas en un grupo focal:

GUÍA DE GRUPO FOCAL

1) INTRODUCCIÓN: DURACIÓN 10 MINUTOS:

- Presentación del moderador.
- Finalidad del grupo focal: Explique la finalidad de la reunión. Resalte que no se impartirán conocimientos, que no hay respuestas buenas ni malas, que los participantes pueden estar en desacuerdo o cambiar de opinión.
- Explicación del procedimiento: Explique que una persona estará tomando nota y además se grabará la conversación para no perder la información, pero que todo lo que digan será confidencial. Resalte que todos tienen libertad de participar, pero debe participar una sola persona a la vez. Indique que el debate durará aproximadamente una hora.
- Presentación de los participantes: motive la presentación de cada participante.

2) ESTABLECIMIENTO DE AFINIDAD:

En esta etapa el moderador hace preguntas fáciles de contestar que animan a los participantes a hablar. Ésta debe durar 10 minutos y los participantes comenzarán a desempeñar un papel más activo. Ej.: ¿Alguien puede decirme de qué se enfermó recientemente su hijo?

3) DISCUSIÓN DE PROFUNDIDAD:

En función de lo que desea saber, (primer paso), se harán de 6 a 8 preguntas principales.

- Ordene las preguntas de forma que progresen de lo general a lo específico.
- Evite preguntas simples que puedan contestarse solamente con sí o no.
- Si es necesario reformule sus preguntas, o busque otra vía de entrada que produzca información más de fondo.

4) CLAUSURA:

- En este momento se da la oportunidad de aclarar las posiciones de los participantes respecto a alguna opinión, práctica o percepción.
- Sin emitir juicio, resume brevemente lo que ha escuchado del grupo.
- Agradezca y enfatice la importancia y el valor de la información recogida.

Algunas otras recomendaciones:

- Seleccione un lugar tranquilo y privado, coloque suficientes sillas en forma de círculo.
- Planifique o compre refrigerios (o incentivos).
- Ajuste las preguntas, escuche cuidadosamente lo que los participantes dicen y haga preguntas que permitirán obtener información no prevista.
- Diríjase a todo el grupo, mirando a todos los participantes. De esta manera animará a todos a responder.
- Reordene las preguntas según necesidad para ajustarse a la marcha de la discusión.
- No se dirija sólo a una persona, porque el resto puede sentirse excluido.

PASO IV: DISEÑE FORMULARIOS PARA EL ENCARGADO DE TOMAR NOTAS. Todas las discusiones al interior de un grupo focal deberán tener una persona que tome notas. Ella deberá observar y escuchar atentamente, anotando tanto como sea posible acerca de lo que se dice, así como las reacciones que se obtienen. Además, es importante que esté familiarizado con la guía del moderador.

FORMULARIO PARA EL ENCARGADO DE TOMAR NOTAS

FECHA: HORA: LUGAR:

MODERADOR:

ENCARGADO DE TOMAR NOTAS:

NÚMERO DE PARTICIPANTES: TIEMPO DE DURACIÓN:

Preguntas	Respuestas/Comentarios	Observaciones/Interpretaciones

PASO V: ORGANICE SUS NOTAS PARA EL INFORME FINAL DEL GRUPO FOCAL.

➤ **Llene los vacíos:**

Es importante que el moderador y el encargado de tomar notas se reúnan inmediatamente después de terminado el grupo focal para analizar lo escrito y las grabaciones a fin de completar el informe.

➤ **Organice la información:**

- Analice la información para cada pregunta.
- Escriba un resumen de los resultados principales de cada una.
- Cite algunas manifestaciones que respalden los resultados.

RESUMEN DE RESULTADOS

COMUNIDAD:

MODERADOR: ENCARGADO DE TOMAR NOTA:

TIPO DE PARTICIPANTES:

NÚMERO DE PARTICIPANTES:

PREGUNTAS DE DISCUSIÓN:

Resultado 1: La mayoría de las madres del distrito de Chao, dan leche materna exclusiva hasta los 2 meses.

Citas de participantes que corroboran el resultado:

Hasta el mes le doy pecho a mi hijo (Rosa Chávez: Chao)

*Ve en busca de tu gente
 Ámalos;
 Aprende de ellos;
 Planea con ellos;
 Sírveles
 Empieza con lo que tienen
 Básate en lo que saben
 Pero de los mejores líderes
 Cuando su tarea se realiza
 Su trabajo se termina
 Toda la gente comenta:
 "Lo hemos hecho nosotros mismos"*

(ANTIGUO VERSO CHINO)

ANEXO 2

[Planificación de base]

Una herramienta para
enfrentar los problemas



La herramienta operativa para los trabajos grupales que se utilizará es la Planificación de Base, “*metodología por medio de la cual se posibilita que un grupo humano identifique y defina su problema y analice las causas y consecuencias del mismo, proponiéndose finalmente una serie de acciones o tareas para enfrentar dichas causas*”.

Como se observa, el punto de partida es la definición del problema por parte del grupo y el asumir que les pertenece a ellos. Este grupo puede estar formado por trabajadores de salud, la población, madres de familia, mujeres u hombres; lo que deben tener en común es que el mismo problema los afecta.

Finalmente la Planificación de Base reitera su utilidad cuando existen problemas comunes en un grupo, que tiene los mismos intereses y las mismas utopías. Si se trata de construir un paradigma local, el ejercicio de Planificación de Base lo fortalece; si se trata de construir consensos, intersubjetividad, o

liderazgo a través de grupos frente a un problema, la metodología es un ordenador de coherencia.

Cuando se hace referencia al trabajo en salud en el ámbito local, y por extensión al de otros sectores como educación y agricultura, frecuentemente se utilizan frases y términos como: “con la participación activa de la población”, “multisectorialidad”, “partir de la población sujeto”, “construir proyectos con la población objetivo”. Muchas de ellas se describen como estrategias de determinados proyectos y programas.

Una de las metodologías que permite canalizar la participación social, generar acción multi-institucional y fortalecer la conducción y liderazgo, es la Planificación de Base.

Se busca entonces, a través de este documento, socializar el proceso y la metodología de Planificación de Base, la misma que se ejerció en el ámbito local a través de los grupos que tenían los problemas y de las instituciones locales relacionadas al mismo.

No obstante, la riqueza de la experiencia con esta metodología se inscribe en el ámbito local, “los grupos” que tienen problemas se ubican en cualquier nivel (local, regional y nacional), de tal manera que la Planificación de Base también es útil para funcionarios o gerentes que estén de acuerdo en enfrentar determinados problemas que, por el nivel de gobierno o de gestión, puedan desarrollar.

La Planificación de Base es una metodología sencilla y dinámica que permite que cualquier grupo pueda enfrentar adecuadamente un problema que les afecta. Además, al definir problemas de gestión o ejecución de políticas o programas de los funcionarios en el ámbito regional o nacional,—partiendo del análisis lógico y participativo que se desarrolla—construir acciones consensuadas, coherentes y sostenibles.

¿CÓMO UTILIZAMOS LA PLANIFICACIÓN DE BASE?

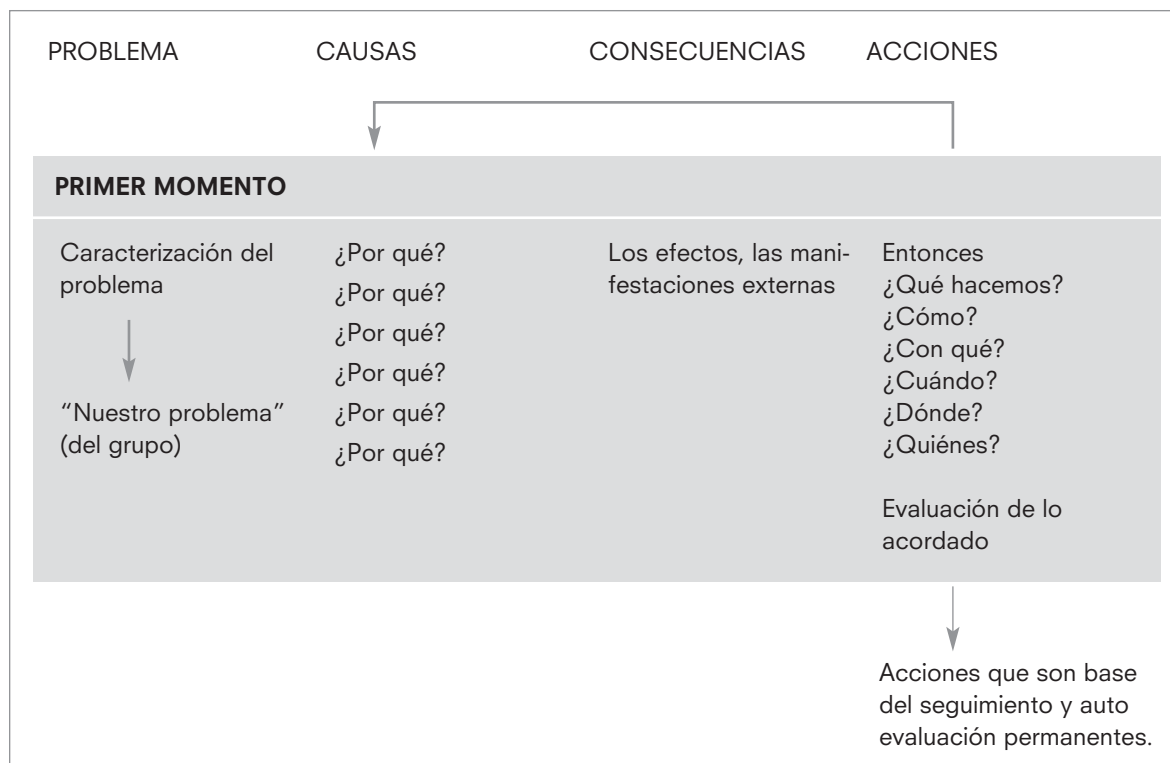
El punto de partida es la definición del problema, que responderá a las necesidades del grupo; “que sea nuestro problema”. Este grupo está compuesto por la población sujeto y por los actores sociales que tienen que trabajar sobre el problema. No se puede imaginar, por ejemplo, un taller sobre dificultades con la basura que se lleve a cabo solo con la presencia de la población afectada, porque terminarían con la formulación de gestiones y acciones limitadas. Entonces la presencia del municipio, de organismos de salud, alguna ONG que esté desarrollando acciones o alguna otra institución, se hace necesario.

La metodología de la Planificación de Base tiene tres momentos:

1. Definición y caracterización del problema.
2. Análisis de causas y consecuencias. ¿Por qué? y ¿Qué pasa entonces?
3. Acciones que el grupo defina para poder hacer.

Al realizar la matriz de Planificación de Base es necesario tomar en cuenta que las acciones tienen una serie de preguntas, todas ellas destinadas a responder a cada una de las causas que se describen y analizan.

Las acciones siempre deben ir orientadas a responder o enfrentar cada una de las causas.



PRIMER MOMENTO

El Problema

La identificación, definición y priorización del problema por parte del grupo humano (la comunidad organizada, funcionarios de nivel regional o nacional, adultos mayores o adolescentes, es decir la población sujeto), se inicia cuando se aísla el problema. Solo si el problema es percibido colectivamente (que responda a "nuestro problema"), se puede llegar a un consenso sobre las acciones que se deben realizar. Por ello es condición sine qua non que el problema, aunque no se presente en la mayoría de la comunidad, sea percibido como un problema de todos.

SEGUNDO MOMENTO

Causas

Una vez definido el problema se analizan las posibles causas que lo originan. Los “por qué” reiterativos generan que los integrantes del taller —por el diverso conocimiento y experiencia que tienen— se expresen y democraticen información al resto del grupo. Por la dinámica del taller este momento se constituye en una experiencia de ínter aprendizaje valioso. Se describen causas familiares, de la sociedad, del Estado, de la estructura socio-económica, etc. Es decir, la profundidad en el análisis de causas es directamente proporcional a la experiencia y conocimiento que se tenga.

Este análisis permite definir qué problemas son factibles de abordar localmente y cuáles no. Para esto, la comunidad necesita identificar dónde o cómo va a solicitar apoyo. Cuando el análisis es realizado por un grupo en cualquier nivel, se debe definir el poder-hacer frente a cada causa, es decir, definir la cuota de poder que tiene. En la medida que la Planificación de Base es un proceso que significa tiempo, implementación de acciones y estudios, las primeras reuniones alcanzan a vislumbrar casi siempre las causas inmediatas, de tal manera que el grado de desarrollo analítico de la comunidad y el grado de resolución mediante las acciones emprendidas permitirá al grupo social ir profundizando en el análisis. Los reiterativos ¿por qué?, Inducen a explicar el problema. Esta fase de identificación de las causas es importante para asegurar que las acciones que se proponen estén dirigidas a enfrentar y eliminar en forma gradual cada una de las causas enunciadas.

Consecuencias

Es el efecto del problema, lo que aparece como manifestación externa y generalmente es visible; lo que el grupo humano conoce.

La identificación de las consecuencias permite demostrar que las acciones dirigidas a enfrentar las causas son más sostenibles y exitosas que las dirigidas a enfrentar las consecuencias. (Por ejemplo, si la causa de un episodio de desnutrición se debe a una epidemia de gastroenteritis, la intervención sostenible será aquella dirigida al agua y saneamiento y no a la suplementación alimentaria.

TERCER MOMENTO

Acciones

Luego de analizar las diferentes causas y consecuencias de un problema se llega al momento de proponer acciones o tareas que deben ser asumidas por el grupo, constituido —como ya se ha dicho— por la población sujeto, instituciones locales y otros involucrados con el tema.

Cada causa analizada, en este momento debe responder a ¿Qué hacemos, ¿Cómo?, ¿Con qué? ¿Quiénes?, ¿Cuándo? ¿Cuándo volvemos a evaluar lo que acordamos?.

¿Qué hacemos?

Se afirma el afán común de enfrentar las causas que originan el problema. La conciencia colectiva, entonces, toma acciones comunales concretas, como puede ser la construcción de un puente que facilite la llegada de alimentos, o el transporte de los productos locales al mercado; también realiza acciones de gestión que se orientan hacia el nivel superior de aquellos sectores relevantes a quienes se hace un llamado para que proporcionen el apoyo técnico necesario. Un ejemplo puede ser la capacitación para el diseño y construcción de un sistema sencillo de cloración del agua, y otro, enseñar cómo optimizar la producción de alimentos nativos ricos en carotenos.

¿Cómo?

Se refiere a la estrategia que se debe elegir para cumplir una tarea determinada. En este punto los sectores definen y a veces redefinen sus actúes, dependiendo de la capacidad técnica y humana disponible. No debiera ser raro, después del análisis, que un profesor se encargue de dar una charla sobre

Planificación familiar, si es que es el único recurso humano en un determinado lugar.

¿Con qué?

Son los recursos humanos, físicos y financieros referidos a la misma comunidad o a su complemento —que podría gestionar el Estado—, o bien las actividades que financiaría determinado proyecto o programa si es que estuvieran en la discusión.

¿Cuándo?

El cronograma, que se decide en forma colectiva, depende de los tiempos de los involucrados y de la urgencia en resolver el problema. Las dificultades derivadas de los desastres naturales ameritan acciones inmediatas.

¿Quiénes?

Define responsabilidades en personas o grupos (ejemplo: cuidar a los niños, construir un sistema de cloración de agua o un puente artesanal). Puede recaer en el presidente de la comunidad, el comité de administración o en algún representante de los sectores o clubes de madres.

Evaluación

Las acciones posteriores a la serie de tareas identificadas necesitan ser evaluadas por la comunidad, incluyendo a todos los actores. En este ejercicio, que más bien es un proceso evaluativo, se analiza si el problema continúa o si se han eliminado las causas y ha desaparecido. Se debiera también analizar el cumplimiento de tareas por parte de los grupos o individuos responsables, y el uso de los recursos; tanto financieros, si los hubo, como humanos.

Esta es una herramienta de trabajo con grupos. La única forma que le confiere valor agregado es cuando se pone en práctica y, mejor aún, cuando se constituye en un instrumento para el seguimiento de acciones y compromisos que surgen del mismo grupo, después de haberse puesto en cuestión frente a cualquier problema que el grupo decida abordar.

ANEXO 3

Agenda y Guías de Trabajo Grupal del Taller de Planificación de Base

I) PRESENTACIÓN

El proceso de participación de la comunidad constituye un fin y un medio, y está orientado a contribuir a mejorar las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección del niño. Para que ello ocurra se requiere de la decisión deliberada y consciente de involucrar en este esfuerzo a todos los actores sociales presentes en la comunidad.

El taller de Planificación de base constituye un espacio de encuentro, interacción y aprendizaje, donde los actores sociales comparten diferentes posiciones, roles y funciones. Allí tratan el tema de salud infantil y materna, la magnitud del perfil epidemiológico local, las prácticas clave que son problema, y analizan causas y consecuencias. Buscan encontrar las razones y los factores relacionados con la dificultad, para gradualmente ir construyendo acciones colectivas, las que se traducen en prácticas sociales que facilitan la adopción de las prácticas clave al interior de las familias.

Este taller constituye la parte final del Diagnóstico local Participativo, donde previamente se han desarrollado encuestas basales y grupos focales para conocer la situación y magnitud de las prácticas clave, de tal forma que el taller de Planificación de Base profundiza las causas y propone acciones que se plasman en un plan de trabajo elaborado por los mismos actores sociales.

2) OBJETIVOS

- Elaborar un plan de trabajo producto de la discusión y análisis de la población organizada, líderes, organizaciones públicas y privadas, para hacer frente al problema de salud infantil y materna.
- Consolidar o fortalecer los espacios de coordinación y concertación multi-institucional con una activa participación social.
- Tener las bases para la formulación de un perfil de proyecto en base a un plan de trabajo: el problema, los factores causales, las consecuencias y también las acciones que cada actor social contempla realizar.

Insumos

- a) Información del primer momento. Guía de Diagnóstico local participativo:
 - Magnitud del problema de salud infantil y materna.
 - Población total y estratificada.
 - Red de servicios de salud que existen.
 - Red de actores sociales disponibles.
 - Se acompañará además de un croquis de su ámbito local.
- b) Información del segundo momento. Guía de Diagnóstico local participativo:
 - Dar a conocer la situación de las prácticas clave de manera que, a través de la encuesta basal y los grupos focales, se pueda llevar al Taller de Planificación de base el resultado que permita la priorización según magnitud y

vulnerabilidad. Este punto es de vital importancia, pues con los resultados de la encuesta basal, al priorizar las prácticas, éstas se convierten en el insumo (contenido) estratégico para comunicar, profundizar y generar acciones destinadas a impulsar actividades que promuevan la salud de los niños y niñas y de las mujeres gestantes, así como acciones de prevención de enfermedades.

- c) La experiencia y el conocimiento de cada uno de los participantes como personas comunes (madres o padres), y como parte de una red de actores sociales.

3) METODOLOGÍA

Trabajo de grupos

Plenarias

Duración del taller: día y medio (12 horas)

4) AGENDA

PRIMER DIA:

Inscripción 20 minutos

Inauguración del taller 20 minutos

Presentación de los asistentes 20 minutos

DESARROLLO DEL TALLER:

1) Presentación del Taller:

Objetivos, metodología y resultados

esperados 30 minutos

2) Análisis de la realidad local 120 minutos

Trabajo de grupos

(Guía de trabajo 1: Análisis de la Realidad local)

Plenaria 30 minutos

Objetivo: Ubicar al participante en su realidad local e identificar la fortaleza de los actores sociales y sus redes.

- 3) Plenaria..... 30 minutos
- 4) Problema de la salud infantil
y materna dentro de la realidad..... 30 minutos

Objetivo: Compartir los problemas de salud infantil: el perfil epidemiológico y los resultados de la encuesta basal y grupos focales que muestran la situación de las prácticas clave y las prácticas priorizadas.

- 5) Por qué del problema (las causas) ...120 minutos
Trabajo de grupos a través de la metodología de planificación de base.
(Guía de trabajo 2: Análisis familiar, social-comunal y de los servicios de Salud).

Objetivo: Partiendo del problema: muerte infantil o práctica priorizada producto de la encuesta basal (Ejemplo: uno de cada cuatro niños recién nacidos inicia la lactancia materna después de las 8 horas de nacido).

La matriz para el análisis:

PROBLEMA	CAUSAS	CONSECUENCIAS	ACCIONES
El problema central (muerte o enfermedad de los niños y sus madres) o práctica seleccionada que se convierte en problema.	¿Los por qué? - En la familia y sus redes - En la comunidad y sus actores - En los servicios de Salud	Los efectos visibles si el problema persiste	¿Qué hacemos?, ¿Cómo?, ¿Con qué?, ¿Cuándo?, ¿Quiénes?, ¿Cómo nos evaluamos? Todas estas preguntas frente a las causas: a) Familiares b) Comunidad c) Servicios de salud

- Plenaria: Presentación de las causas familiares, de la comunidad y de los servicios de salud.

Objetivo: Compartir las percepciones sobre las causas que cada grupo expresa, convirtiéndose este espacio en nuevo escenario de debate y análisis, donde continúa el valor agregado producto de la interacción.

Adicionalmente, en plenaria se analizarán las consecuencias del problema 45 minutos

- 6) ¿Qué hacer entonces?
Las acciones

- (Guía de trabajo 3: las acciones) 120 minutos

Objetivo: Definir acciones de las familias, actores sociales y de servicios de salud relacionadas a las causas principales del problema abordado (muerte infantil o práctica clave). En la plenaria respectiva se comparte información acerca de los mensajes clave, si el insumo inicial fue alguna práctica clave.

Plenaria sobre acciones 30 minutos

- 7) Establecimiento de acuerdos
y compromisos 30 minutos
Autoridades locales
- 8) Clausura del taller 20 minutos

TALLER DE PLANIFICACIÓN DE BASE GUÍAS PARA LOS TRABAJADORES DE GRUPO

GUÍA DE TRABAJO 1:

Análisis de la realidad local

Se conforman tres grupos de trabajo:

- Madres, cuidadores o cuidadoras de niños.
- Actores locales, organizaciones e instituciones.
- Personal de los servicios de salud.

Previamente se establecerá, en un lugar visible, un mapa o croquis vacío de la localidad, al que cada grupo aportará en su llenado:

- El grupo de madres o cuidadores* que está relacionado con la familia pegará en el mapa o croquis —a través de símbolos o representaciones gráficas— a qué organizaciones de mujeres o

comunales pertenece, y en un papelógrafo aparte describirá las funciones principales de estas organizaciones de base. Adicionalmente, este grupo detallará el día, semana y año promedio de las mujeres dentro de su familia y en la comunidad y su relación con el cuidado de los niños y de ellas mismas.

- El grupo de actores sociales e instituciones locales, representará gráficamente a las instituciones locales, organizaciones públicas y privadas que existan y en un papelógrafo aparte analizará las funciones que desarrollan en su comunidad. Al respecto, es conveniente desarrollar la siguiente matriz:

ACTOR LOCAL	FUNCION QUE DESARROLLA	ESTRUCTURA DE SUS RECURSOS HUMANOS
Alcalde		
Profesor		
Gobernador		

- El grupo de los trabajadores de salud* presentará en forma gráfica la red de servicios de salud con que cuenta la localidad, incorporando además otras instituciones que ofertan servicios de salud. En un papelógrafo aparte explicará los horarios de atención, las capacidades de resolución que tienen y a qué otros establecimientos de salud apelan cuando existen emergencias infantiles y maternas. Describirán también referencia y contrarreferencia y la red de actores sociales a la que han estado vinculados en el trabajo comunitario.

La plenaria, posterior a los grupos de trabajo, tiene como objetivo presentar las conclusiones de cada grupo y ponerlas a discusión a todos los participantes. Producto de la interacción, las conclusiones de cada agrupación serán fortalecidas. El proceso de inclusión de aportes (o de exclusión) le confiere a la plenaria un valor en el camino de analizar la realidad local. El participante de la plenaria se ubica no solo en el espacio geosocial, sino en la red de actores sociales, los servicios de salud y la comprobación del rol y función de las madres y padres de familia en relación a los niños y niñas y mujeres gestantes.

GUÍA DE TRABAJO 2:

El por qué del problema. La búsqueda de las razones

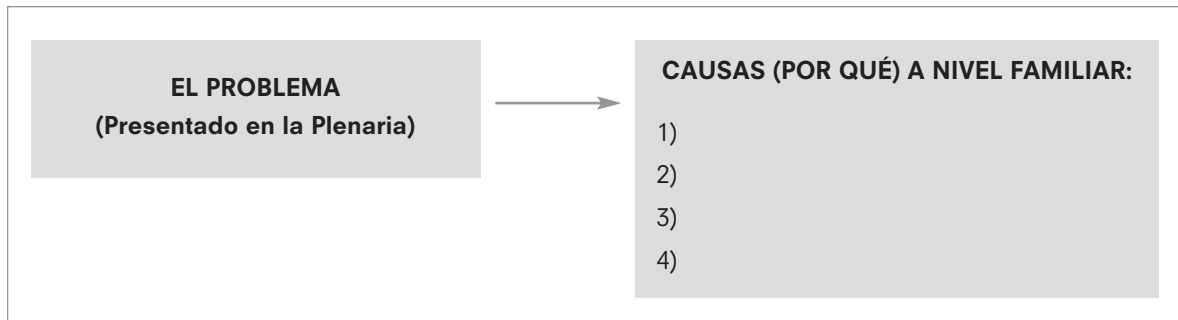
Luego de haber compartido y analizado el problema central (muerte y enfermedad de los niños y gestantes en una determinada realidad), vuelven a dividirse en grupos de trabajo para desarrollar ahora el taller dirigido a conocer las causas del mismo.

- a) El grupo de madres o cuidadoras, luego de conocer el problema, se preguntará ¿Por qué existe? A esta pregunta general se agregarán otras específicas como:
 - ¿Creen las madres que existen prácticas en la familia que protegen la salud de los niños menores?
 - ¿Les dan a sus hijos lactancia materna exclusiva?
 - ¿Cuántos meses?
 - ¿Por qué no se da exclusivamente los seis meses?
 - ¿A partir de qué edad les dan alimentos diferentes a la leche?
 - ¿Cuántas veces? ¿Qué cantidad?
 - Los niños, especialmente los menores de un año, ¿Cumplen sus vacunaciones en el establecimiento de salud? ¿Por qué?
 - En lugares donde exista malaria, ¿Cree el grupo que los niños también pueden ser afectados? ¿Cómo y Por qué?
 - Cuando los niños están enfermos, ¿Deben seguir recibiendo alimentos? ¿Por qué?
 - Cuando se da un tratamiento en los servicios de salud, ¿se cumple con lo sugerido? y cuando no se cumple ¿Por qué no se cumple?
 - ¿Creen ustedes que saben suficiente sobre cómo jugar y hablarle a los niños para estimular su desarrollo, de lenguaje, por ejemplo?

- ¿Saben cómo colocar límites, y hacer que les obedezcan sin llegar a golpearlos o gritarles muy seguido?
- ¿Creen ustedes que existe maltrato físico o psicológico a los niños menores de cinco años e igualmente a las mujeres? Si el grupo manifiesta querer responder diga ¿Por qué cree que es y quiénes son los más afectados por el maltrato?
- ¿Los hombres y los niños varones se ocupan del cuidado de los niños menores?
- ¿Por qué creen que los varones no participan en las tareas domésticas y en el cuidado de los niños?
- Los niños menores de cinco años, ¿Están expuestos a accidentes? ¿De qué tipo? ¿Dónde?
- Las madres, ¿reconocen cuando los niños están graves? ¿Cómo reconocen?
- La respiración rápida en un niño menor de un año, ¿Es signo de peligro? ¿Por qué?
- Las mujeres gestantes, ¿Controlan su embarazo? ¿Con quién? ¿Cuántas veces?
- Las mujeres gestantes, ¿dónde dan a luz?
- Si el parto es en domicilio, ¿Por qué no acuden a realizar su parto en el centro de salud?
- La atención de buena calidad para el niño, ¿es en el hospital o en el hogar? ¿Por qué?

Las preguntas que en este grupo se describen corresponden a varias prácticas clave. Si se cuenta con las prácticas priorizadas producto de la encuesta basal, las preguntas se orientan y focalizan mejor, pues profundizan alrededor de las dos o tres prácticas priorizadas.

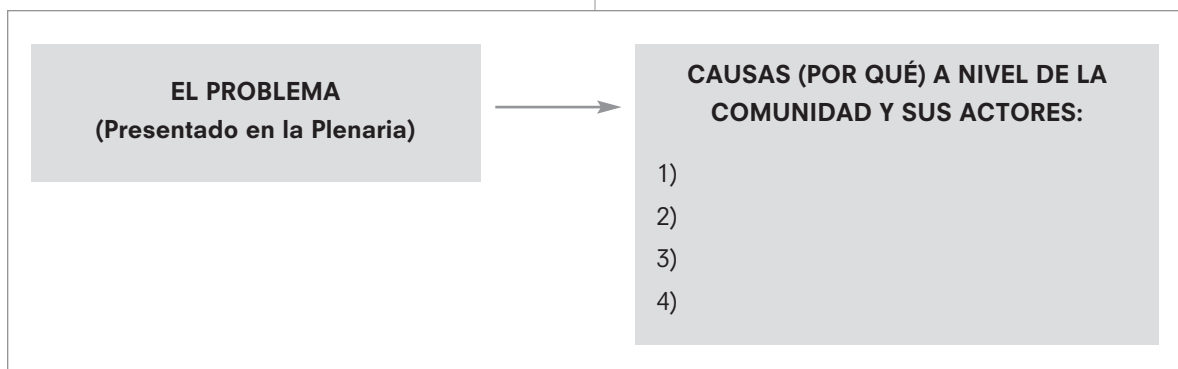
- b) Tomando la información de las respuestas del grupo, *identifique alrededor de cuatro o cinco causas familiares* que explican el peso familiar para los problemas de salud de la infancia:



- ¿Hay consumo de agua potable, segura?
- ¿El agua es contaminada? ¿Hay relación con las enfermedades y con el quehacer de los actores locales?
- El destino final de las basuras así como el proceso para eliminarlas, ¿Es adecuado?
- Los valores como la solidaridad, la reciprocidad y el valor a la vida y en especial a los niños y madres, ¿Se expresan con accio-

nes? En caso negativo ¿Por qué creen que hay niños abandonados y excluidos de la posibilidad de tener acceso a protección familiar, de la comunidad, sus actores y sus instituciones?

De las respuestas expuestas el grupo priorizará de tres a cuatro causas que tienen directa relación con el problema principal:



- c) El grupo de personal de los servicios de salud se preguntará por qué existe aún el problema de salud en la localidad. Luego responderán las siguientes preguntas:
- El horario de atención, ¿Es el adecuado? ¿Creen que la oferta limitada de atención (en horas) puede argumentarse como una de las causas? ¿Por qué?
 - El trato a las personas que acceden a los servicios de salud, ¿Constituye una causa

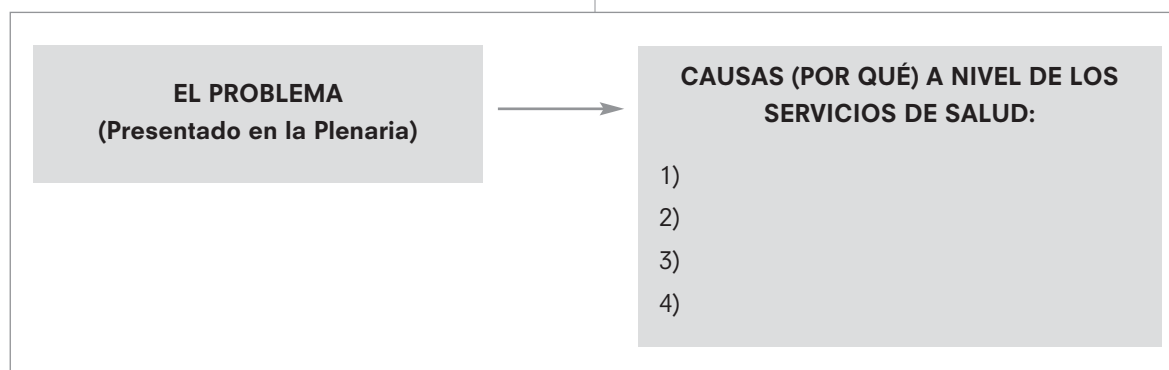
importante para que no acudan a los servicios? ¿Por qué?

- ¿Existen medicamentos disponibles, en especial para los niños, destinados a mejorar neumonías o malaria, así como sales de RHO y otros? ¿Por qué?
- ¿Qué aspectos en la oferta de los servicios de salud influyen para que las madres y la familia no concurren a los establecimientos de salud?

- ¿Cómo es la organización de los servicios de salud en la localidad, en relación a la atención oportuna y permanente a los niños con enfermedades prevalentes? (establecimientos de salud, Cruz Roja, seguro social, entre otras). ¿Cómo funciona la referencia y contrarreferencia?
- ¿Cuál es la capacidad resolutive de los establecimientos de salud para enfrentar los problemas de salud prevalente de la infancia en su localidad? ¿Existen unidades de cuidados intensivos, incubadoras o sala de operaciones para cesáreas?

- ¿Cómo se ha incorporado la estrategia AIEPI en el establecimiento de salud?
- ¿Qué roles y funciones cumple el personal del establecimiento en lugares donde se ha implementado la estrategia AIEPI?
- ¿Existe personal de salud capacitado en la estrategia? ¿En qué?

De todas las respuestas el grupo priorizará de tres a cuatro causas que considera importantes y están relacionadas a los servicios de salud:



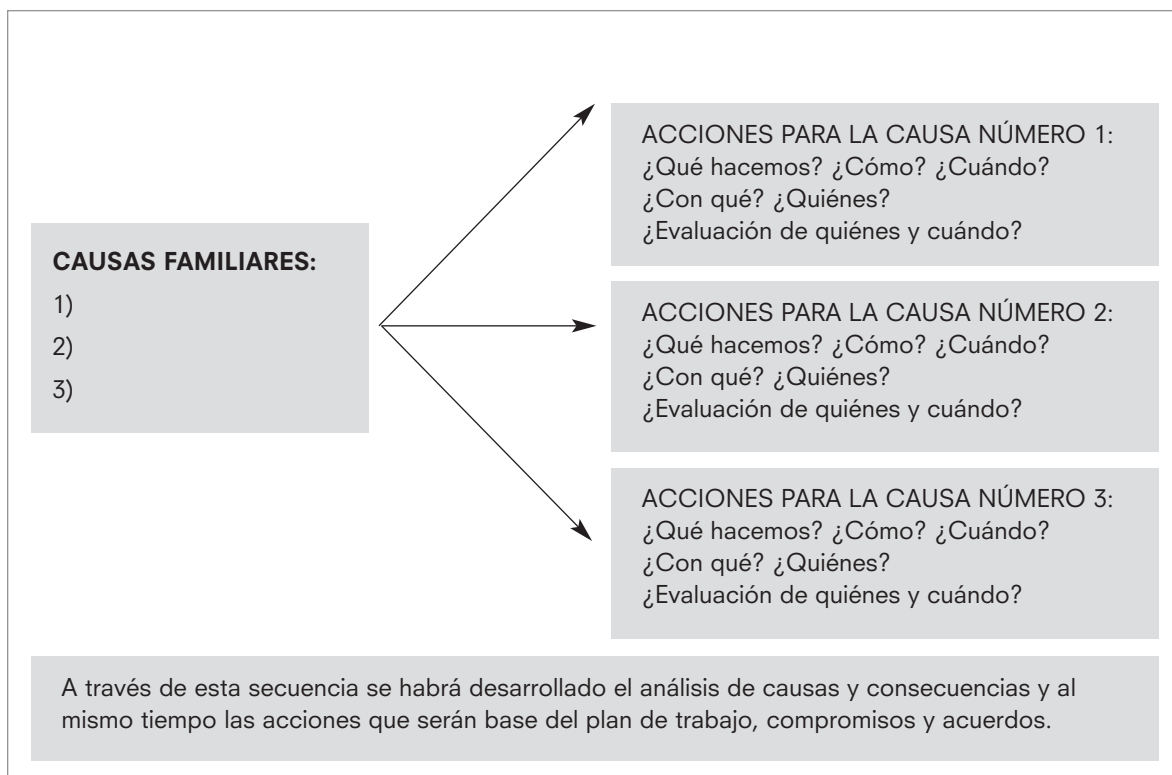
La plenaria permitirá que las conclusiones de cada grupo nuevamente se expongan al debate y análisis de los participantes. En este momento, además del inter aprendizaje producto de la opinión de madres, actores sociales y personal de salud, se mejoran las conclusiones y se visibilizan nuevos problemas que los participantes —por su importancia— no habían abordado. La plenaria se constituye en un espacio de generación inicial de valores compartidos con relación al niño y niña y mujer gestante, a partir del consenso y de la interacción.

GUIA DE TRABAJO 3:

¿Qué hacer frente al problema? Las acciones

A través de los mismos grupos constituidos y después de conocer las causas y consecuencias, se apelará a sus propias capacidades y potencialidades para enfrentar dichas causas, que hacen del problema una dificultad de salud pública a nivel local.

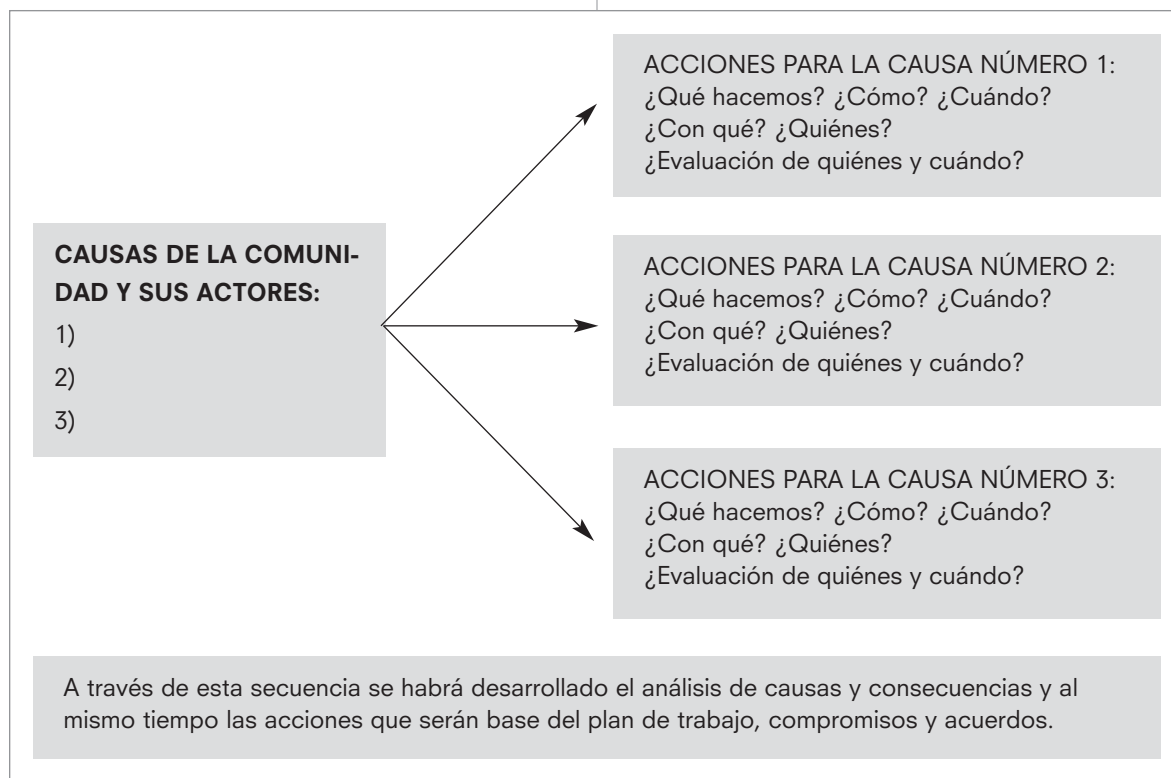
- En el grupo de madres o cuidadores del niño se ha construido, a partir del problema central de la localidad, cuatro causas priorizadas en trabajos grupales y se ha discutido la consecuencia general del problema en la plenaria. A continuación se exponen las acciones para enfrentar las causas:



- b) A cada causa familiar priorizada se responderá a las siguientes preguntas: ¿Qué hacemos?, ¿Cómo?, ¿Con qué?, ¿Cuándo?, ¿Quiénes?, ¿Cómo nos evaluamos?

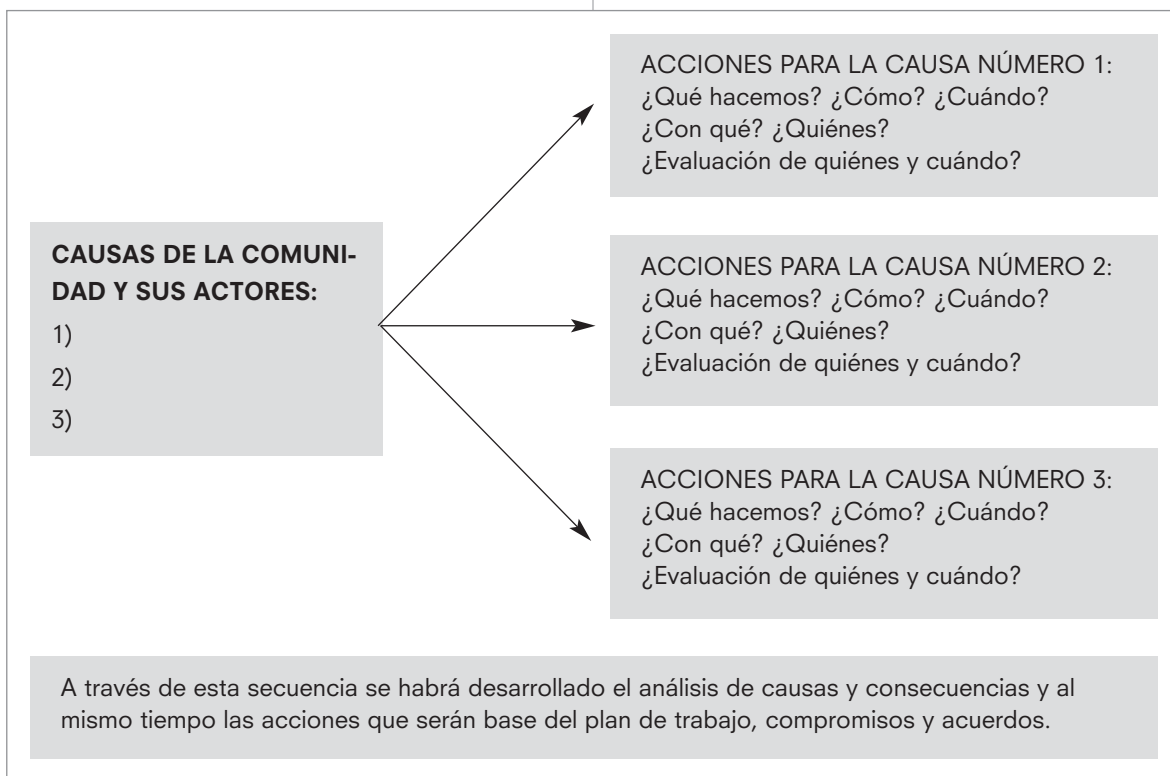
c) En el grupo relacionado con la comunidad y sus actores, igualmente se tienen causas priori-

zadas. A través de ellas se construyen las acciones correspondientes: ¿Cómo nos evaluamos?



- d) A cada causa priorizada y expuesta, relacionada a los servicios de salud, el grupo responderá a las siguientes preguntas. Así estarán construyendo las acciones que desde los organismos de

salud contribuirán a disminuir el problema:
¿Qué hacemos?, ¿Cómo?, ¿Con qué?,
¿Cuándo?, ¿Quiénes?, ¿Cómo nos evaluamos?



EJEMPLO DEL RESULTADO DE UN TALLER DE PLANIFICACIÓN DE BASE

EL PROBLEMA	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES
En el área de Pucarita durante los años 1999 al 2000, cincuenta (50)* niños menores de cinco años murieron debido a complicaciones de diarreas, infecciones respiratorias y desnutrición. Se agregan problemas derivados de la atención de parto domiciliario, efectuados por parteras y otros. *En base a información de los registros civiles del área de Pucarita., se registran solo los entierros en el Cementerio de Pucara. (un solo cementerio "formal") Los registros civiles no tienen información de los entierros realizados en los ocho (8) cementerios clandestinos que existen en el área de Pucarita.	FAMILIARES 1) Falta de información a las madres sobre cómo cuidar a los niños menores y sobre el cuidado de la gestante. 2) Madres que salen a trabajar y dejan a los niños menores al cuidado de los hijos mayores y en ocasiones los encierran en sus casas. 3) Violencia intrafamiliar de padres a hijos, de esposo a esposa por diversos motivos, uno de los cuales es el consumo de alcohol. DE LOS ACTORES SOCIALES 1) Las juntas vecinales, defensores de salud y profesores, desconocen las potencialidades en el quehacer de sus funciones en salud infantil y materna. 2) Carencia de metodologías educativas apropiadas para informar, educar y capacitar de parte de todos los actores, incluyendo salud. 3) Desconocimiento de la calidad de agua para consumo (la mayoría se abastece de pozos). DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1) Horario de atención inadecuado (6 horas de lunes a viernes) 2) Maltrato a pacientes y temor (miedo) a la atención del parto y al control prenatal. 3) Falta de conocimiento del Componente Comunitario de AIEPI y carencia de un modelo sencillo de Vigilancia Comunal Activa. 4) Carencia de medicamentos alternativos para enfermedades diarreicas infecciosas (disenterías) que cubran el seguro básico de salud.	Más muerte Más pobreza Desintegración familiar	FAMILIARES 1) a. Talleres y Juntas vecinales. b. Reuniones periódicas de grupos organizados de mujeres. 2) a. Promover uso de guarderías. b. Información dirigida a cuidadores de niños menores (cuidadores mayores de 12 años). c. Reuniones periódicas de mujeres. 3) a. Investigación de causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar. b. Taller sobre presentación y discusión de causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar. c. Pre-reuniones periódicas de problematización de la violencia intrafamiliar con varones y padres. DE LOS ACTORES LOCALES 1) a. Capacitación a secretarios de salud de las 52 juntas vecinales: salud infantil y mapas de riesgo. b. Capacitación a juntas escolares (2 por junta) y un responsable de escuela (1 asesor por escuela). 2) Taller sobre educación de adultos para: Juntas vecinales, profesores y salud. 3) a. Reuniones de sensibilización a juntas vecinales. b. Gestión para hacer el control de calidad del agua. DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1) Reuniones y gestión a nivel distrital y en las sedes. 2) a. Reunión de auto evaluación. b. Encuestas sobre satisfacción de usuarios. c. Buzón de sugerencias. d. Adecuación cultural del parto. e. Taller sobre calidad de los servicios. 3) a. Asistencia técnica sobre AIEPI clínico y comunitario. b. Modelo de vigilancia comunal activa. 3) Fondo rotatorio de medicamentos, incluyendo para aquellos con menos recursos.

[illegible]



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
www.paho.org