

ALIANZA REGIONAL AIEPI COMUNITARIO



TALLER SUBREGIONAL

SITUACIÓN, LECCIONES
APRENDIDAS Y PERSPECTIVAS
DENTRO DEL CONTEXTO DE LOS
OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL
MILENIO (ODM)

8 a 10 de diciembre de 2004 | Quito, Ecuador

TALLER SUBREGIONAL

SITUACIÓN, LECCIONES APRENDIDAS Y PERSPECTIVAS DENTRO DEL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

8 a 10 de diciembre de 2004 | Quito, Ecuador



Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia

Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de Salud
Organización Mundial de Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**American
Red Cross**



**Organización Panamericana de la Salud
Copyright © 2005**

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 del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA).

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.



*“Muchas necesidades pueden esperar.
El niño no puede esperar.
Ahora es el momento:
su esqueleto está en formación,
su sangre se está nutriendo,
sus sentidos se están desarrollando.
Al niño no le podemos decir “mañana”;
su nombre es “hoy”.*



Gabriela Mistral, 1948

CONTENIDO

- 9** Presentación
- 11** Agradecimientos
- 13** Introducción
- 15** El taller
 - 15** Objetivos
 - 16** Metodología
 - 16** Resultados
- 19** Avances, dificultades y perspectivas en la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI
 - 19** Bolivia
 - 20** Colombia
 - 21** Ecuador
 - 23** Perú
 - 24** Venezuela
- 25** Conclusiones y resúmenes de los trabajos de grupo
 - 25** Coaliciones locales y alianzas nacionales
 - 26** Conclusiones
- 31** Intervenciones locales integradas para el cambio de comportamiento
 - 34** Monitoreo de las acciones comunitarias
 - 36** Sostenibilidad y expansión nacional
 - 44** Exposición de materiales
- 45** Conclusiones y recomendaciones
- 47** Anexos
 - 47** I. Lista de participantes
 - 49** II. Agenda
 - 53** III. Fichas de monitoreo de los actores sociales

PRESENTACIÓN

La salud de la infancia representa una prioridad para todos los países y, siendo todavía la supervivencia infantil un objetivo a alcanzar en muchos de ellos, la reducción de la mortalidad durante los primeros años de la vida es uno de los compromisos adoptados por los gobiernos de todo el mundo como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Aunque en la Región de las Américas la mortalidad de menores de cinco años se redujo durante los últimos decenios del Siglo XX, aún miles de niños y niñas mueren anualmente en todo el continente. El hecho de que la mayor proporción de estas muertes ocurra por causas evitables, y que además se distribuyan en forma desigual en los países del continente, pone de manifiesto la falta de equidad en el acceso a los beneficios de los conocimientos y la tecnología.

Si todos los niños y niñas del continente tuvieran a su alcance un conjunto de medidas básicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades y problemas más frecuentes que afectan su salud, y si sus familias dispusieran de los conocimientos para poner en práctica medidas sencillas de cuidado y atención en el hogar y la comunidad, miles de muertes de menores de cinco años podrían evitarse, así como un número aún mayor de episodios de enfermedad.

De este modo, el principal desafío que se enfrenta en el Siglo XXI es hacer que los conocimientos y tecnologías ya existentes estén al alcance de toda la población.

El diseño de la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) ha representado una de las principales contribuciones para mejorar el acceso de la comunidad a esta información. Integrando en una única estrategia las intervenciones clave de prevención y tratamiento de las enfermedades que con mayor frecuencia afectan la salud infantil, la AIEPI mejora las oportunidades de captación precoz de problemas para su tratamiento efectivo. También incorpora contenidos de promoción de la salud y su aplicación contribuye a mejorar las prácticas familiares de cuidado y atención de los niños y niñas en el hogar.

La implementación de la AIEPI ha sido efectiva para mejorar la calidad de la atención tanto en los servicios de salud como en la familia y, de este modo, ha contribuido a reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades que afectan la salud infantil, a disminuir la mortalidad, y a mejorar la condición nutricional de los niños y las niñas. De este modo, ampliar el acceso y aplicación de la estrategia, especialmente en los países y áreas con mayores índices de mortalidad y morbilidad durante la infancia, resulta clave para contribuir al logro de los ODM.

En este proceso, el trabajo realizado por la Alianza Regional AIEPI comunitario ha contribuido a una mejor coordinación de esfuerzos, recursos y voluntades a favor de la salud infantil. Ha permitido que cada vez más gente reciba los beneficios que la AIEPI tiene para mejorar la salud infantil y la de la propia familia, y ha transferido conocimientos y prácticas basadas en la última evidencia científica disponible para la prevención de enfermedades, para su tratamiento y para la promoción de la salud, realizando un aporte fundamental a la democratización del conocimiento.

La activa participación de los propios actores comunitarios en esta tarea ha resultado esencial para acelerar el proceso de implementación de la estrategia en las familias y en la comunidad, y ha brindado las bases para un intercambio de experiencias locales y para compartir los conocimientos del personal de salud, de otros actores clave comunitarios y del propio grupo familiar.

Los éxitos obtenidos en este proceso contribuyen a mejorar las condiciones de salud infantil y, de este modo, al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) propuestos para 2015, y también son clave en la reducción de la pobreza y el fomento de sociedades más comprometidas con el desarrollo, la salud y la calidad de vida de todos sus ciudadanos.

La multiplicación de estos logros mediante la difusión de estas experiencias no solo resultará esencial para que los ODM sean alcanzados en el nivel regional y nacional, sino que además apoyará a toda la población –particularmente a los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad–, en su búsqueda de una mayor equidad y de una participación más activa para lograr un crecimiento y desarrollo sustentable.

—Yehuda Benguigui

Jefe Unidad

Salud del Niño y del Adolescente

Salud Familiar y Comunitaria

OPS/OMS

AGRADECIMIENTOS

La riqueza de las experiencias y las diferentes formas en que se ha implementado y desarrollado el componente comunitario de la estrategia AIEPI fue motivación suficiente para la realización de este taller subregional en la hondureña ciudad de San Pedro de Sula. La actividad se llevó a cabo en el marco de la Alianza Regional AIEPI Comunitario, integrada por Cruz Roja Americana, Fundación de las Naciones Unidas (UNF) y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

Agradecemos la participación de representantes de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, así como de organismos nacionales e internacionales, ministerios de salud, sociedades nacionales de la Cruz Roja, Federación Internacional de la Cruz Roja, Cámara Junior Internacional (JCI), municipios, educación, el movimiento comunitario y OPS, sin los cuales el éxito de este encuentro no hubiera sido posible.

Damos las gracias, especialmente, al ingeniero Diego Victoria, Representante OPS Ecuador, y al Dr. Luis Codina, Consultor Nacional AIEPI, quienes junto a un gran equipo de trabajo organizaron en terreno cada una de las actividades. Agradecemos también la participación y apoyo del Sr. Juan Cueva, Presidente Cruz Roja ecuatoriana y del Dr. Wellington Sandoval Córdova, Ministro de Salud.

1. INTRODUCCIÓN

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) ha sido identificada por la literatura científica¹, así como por las agencias multilaterales como el Banco Mundial² y Banco Interamericano del Desarrollo³, como una estrategia adecuada y efectiva en función de los costos para contribuir a disminuir la mortalidad en niños menores de 5 años (Objetivo del Milenio #4). El fortalecimiento y la expansión a escala nacional de la estrategia AIEPI contribuirán a apoyar el avance sostenido de los países y la Región hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Es así como a través de la Alianza Regional AIEPI Comunitario, financiada por la Cruz Roja Americana (CRA) y la Fundación de las Naciones Unidas (UNF), se ha implementado el componente comunitario de la estrategia AIEPI en diez países de la Región de las Américas, con el objeto de contribuir a disminuir las tasas de mortalidad infantil. En el momento existen múltiples experiencias de gestión en cada uno de los estadios de la metodología comunitaria de la estrategia AIEPI implementada en los países. Por ello se llevó a cabo el taller subregional "Situación, Lecciones Aprendidas y Perspectivas de los Países en el Contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio" en la ciudad de Quito, Ecuador, del 8 al 10 de diciembre del 2004.

1. www.thelancet.com Vol. 364, 30 de octubre 2004

2. The Millenium Development Goals for Health. Rising to the Challenges. World Bank, 2004

3. Análisis de Situación BPB Suriname. OPS 2004.

2. EL TALLER

El taller fue organizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Fundación de las Naciones Unidas (UNF) y la Cruz Roja Americana (ARC), y contó con la participación de representantes de los ministerios de salud, las sociedades nacionales de la Cruz Roja, la Federación Internacional de la Cruz Roja, el sector educación, juntas vecinales y ONGs provenientes de ocho países, de los cuales seis son miembros de la Alianza (Bolivia, Perú, Colombia, Venezuela, Ecuador y la recién integrada Guyana), mientras que Paraguay y Argentina participaron en calidad de observadores interesados en implementar esta experiencia.

En este evento se analizaron y compartieron los diferentes procesos que se han dado en los países en torno a la participación de las sociedades nacionales de la Cruz Roja, los ministerios de salud y los diversos actores sociales. Asimismo se compartieron y sistematizaron los avances, logros, dificultades y lecciones aprendidas que a la postre permitirán la sostenibilidad y replicabilidad de los procesos en escenarios de expansión a escala nacional y en un marco que exige a los países el seguimiento y cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

2.1 Objetivos

El taller realizado en Quito tuvo los siguientes objetivos:

1. Intercambiar, analizar y sistematizar los avances, logros, dificultades y lecciones aprendidas del desarrollo y gestión en la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI en los países participantes.
2. Analizar la evidencia y elementos a considerar para adoptar las prácticas familiares clave que promueven la salud, así como el crecimiento y desarrollo infantil en poblaciones vulnerables y de difícil acceso.
3. Analizar, intercambiar y documentar acciones implementadas en el ámbito local para promover cambios de comportamiento en torno a las prácticas clave priorizadas en los países.
4. Fortalecer el proceso de monitoreo de los diferentes actores sociales con rela-

ción a las acciones comunitarias de la estrategia AIEPI y a la promoción de prácticas clave.

5. Intercambiar materiales producidos en los distintos países en apoyo al desarrollo de actividades de salud infantil en el ámbito comunitario.
6. Compartir y sistematizar la participación de los diferentes actores sociales en las acciones comunitarias de la estrategia AIEPI y en la promoción de las prácticas clave.
7. Analizar y discutir los aspectos de sostenibilidad de los avances logrados en el ámbito comunitario, así como el nuevo marco conceptual para la expansión de la estrategia AIEPI al ámbito nacional.

2.2 Metodología

En el taller se empleó una metodología participativa que brindó a cada uno de los asistentes la oportunidad de hacer preguntas abiertas y discutir temas de interés de una manera informal. Se realizaron presentaciones individuales, por países, discusiones plenarias, mesas redondas, trabajo en grupos y discusiones abiertas para facilitar el intercambio productivo de ideas y sugerencias.

Al final del taller se llevó a cabo una evaluación a la luz de los objetivos y resultados esperados logrados durante su desarrollo, los cuales se presentan en este informe.

2.3 Resultados

A continuación se destacan varias de las lecciones aprendidas y conclusiones del taller, a manera de resumen:

- ∴ El compromiso y la voluntad política tanto del Ministerio de Salud como de la Cruz Roja y otras instituciones involucradas son primordiales para asegurar la implementación exitosa del componente comunitario.
- ∴ Los países participantes reconocen el salto cualitativo en el abordaje del componente comunitario de la estrategia que tradicionalmente había estado vinculado a los agentes comunitarios de salud (ACS), hacia un trabajo en el que además participan los actores sociales (autoridades municipales, maestros y otros líderes de las escuelas, iglesias, ONG, entre otros) y sus redes.
- ∴ El enfoque comunitario y el abordaje de los actores sociales de la estrategia AIEPI hace hincapié en la necesidad de construir a partir de la capacidad de las redes ya existentes, además de que genera un sentido de pertenencia local, donde los

- actores sociales aportan sus recursos para el logro de los objetivos.
- ∴ En los ámbitos locales se han creado condiciones favorables para el cambio de comportamiento a nivel comunitario a través de la movilización de las redes sociales; queda como reto fortalecer el nivel individual y de políticas.
 - ∴ Es necesario fortalecer el sistema de monitoreo, de modo que permita conocer con mayor certeza el movimiento y efecto del trabajo de las redes sociales en la promoción de las prácticas priorizadas desde sus espacios naturales y su propio rol.
 - ∴ A partir de la visión de La Federación Internacional de la Cruz Roja, la alianza CRA/UNF/FICR/OPS ha permitido avanzar en el cumplimiento de la Estrategia 2010, especialmente en el fortalecimiento de las sociedades nacionales y la creación de alianzas con otras instituciones. Se abre así una gran oportunidad que permitirá el enriquecimiento de la experiencia de la Cruz Roja.
 - ∴ Los equipos de los países participantes, conformados por los ministerios de salud, la Cruz Roja, los actores locales y la OPS reconocieron la importancia de expandir las actividades de AIEPI al plano nacional, en la medida en que se considera la herramienta idónea para cumplir los ODM.

2.4 Inauguración

La mesa Directiva estuvo conformada por el Dr. Guillermo Colmallor, delegado del Ministro de Salud Pública del Ecuador; Ing. Diego Victoria, Representante de la OPS/OMS en Ecuador; Lic. Regina Bustilla, Delegada del Presidente de la Cruz Roja Ecuatoriana; Dr. Francisco Vallejo, Delegado Regional de salud de la Federación Internacional de la Cruz Roja, Sr. Christopher Drasbek, Asesor AIEPI Regional de la OPS/OMS y el Dr. Juan Vasconez, Delegado de la Representación de UNICEF en Ecuador.

En el acto inaugural, el Dr. Francisco Vallejo resaltó la importancia de la alianza de la Federación Internacional y las sociedades de la Cruz Roja con la OPS en torno al esfuerzo por sacar adelante el componente comunitario de la estrategia AIEPI, teniendo como tema central el cumplimiento de las metas del milenio. Por su parte, el Ing. Diego Victoria dio las palabras de bienvenida al evento y transmitió un mensaje de la OPS/OMS donde se destacan dos puntos básicos: el enorme potencial del componente comunitario de la estrategia AIEPI para lograr la movilización social y la voluntad política de los actores involucrados en esta alianza, quienes cumplen un papel fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida de sus comunidades. Por otro lado mencionó que la experiencia regional es un espacio de aprendizaje

continuo que presenta desafíos constantes para los gestores de la salud pública y los líderes de opinión en la Región.

Por su parte, el Dr. Guillermo Colmallor señaló el indiscutible valor e importancia de este taller, en la medida en que su propósito de identificar las lecciones aprendidas y dificultades surgidas en el transcurso de la experiencia van a permitir seguir adelante.

3. AVANCES, DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE COMUNITARIO DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La alianza OPS, Cruz Roja Americana (CRA) y Fundación de las Naciones Unidas (UNF) viene trabajando desde el 2001 en 10 países de la Región de las Américas⁴, con el objetivo de promover el desarrollo de las prácticas clave en el ámbito familiar a través de la participación comunitaria de los distintos actores locales y sus redes. Paralelamente se ha intentado fortalecer la capacidad de las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de los ministerios de salud para proporcionar servicios de mejor calidad a los niños, todo esto a través de la implementación del componente comunitario de la AIEPI. En esta oportunidad, el taller convocó a cinco de estos países, a saber, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. A continuación se resumen los avances, dificultades y perspectivas de la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI en cada uno de ellos.

3.1 Bolivia

La alianza entre el Ministerio de Salud, Cruz Roja Boliviana y OPS se inicia en 2001 con la priorización de tres ámbitos (Cotahuma/La Paz, Pucarita/Cochabamba y San Cristóbal Pailaviri/Potosí) para desarrollar la experiencia del componente comunitario de la estrategia AIEPI mediante un abordaje de actores y redes sociales. Luego de acumular una serie de enseñanzas y logros, y de detectar ciertas limitaciones, en 2004 se da comienzo a una serie de esfuerzos para ampliar la cobertura de AIEPI al ámbito nacional, empleando para ello un enfoque del trabajo de actores sociales y sus redes. En ese marco se van creando las condiciones que favorecerán este proceso, como la instalación de una mesa nacional de trabajo de AIEPI comunitario, la institucionalización de la metodología y abordaje por parte del Ministerio de Salud y Deportes a nivel nacional, y del compromiso y la participación de los actores sociales.

4. Actualmente se cuenta con la aprobación de la Cruz Roja para la incorporación de Guyana.

Los principales avances logrados hasta la fecha son:

- ∴ la expansión de la experiencia a dos ámbitos nuevos (Quillacollo/Cochabamba y El Alto/La Paz);
- ∴ el compromiso y movilización de diferentes actores sociales para participar activamente en AIEPI comunitario (juntas vecinales, cooperativas de agua, sindicatos agrarios, maestros, voluntarios de la Cruz Roja, organizaciones de mujeres, clubes de madres, guarderías, municipios y agentes comunitarios de salud; y
- ∴ la formulación de una estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la promoción y difusión de AIEPI comunitario entre las redes sociales.

Frente a estos avances se presentan algunas dificultades:

- ∴ el insuficiente compromiso del personal de las redes de salud;
- ∴ la indefinición de roles de los equipos de coordinación regional y local; y
- ∴ el poco desarrollo de los procesos de supervisión, seguimiento y evaluación a las actividades planificadas por los actores que se desempeñan en el campo de la salud y sus redes sociales.

Dentro de las principales perspectivas se encuentra el fortalecimiento del componente comunitario de la estrategia a través de la mesa de trabajo conformada por UNICEF, OPS/OMS, PROCOSI (red de ONG), PROSIN/USAID, Cruz Roja Boliviana, Plan Internacional y Save the Children.

3.2 Colombia

La experiencia del componente comunitario de la estrategia AIEPI se viene desarrollando en la ciudad de Pasto, capital del departamento de Nariño, al suroeste del país, y se considera la más exitosa de Colombia. Tanto es así que se tiene previsto emularla en otros municipios. El sólido compromiso del país con la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia se manifiesta en su inclusión entre las prioridades del Plan Estratégico Nacional de Salud 2002-2006. Del mismo modo, existe una coordinación y concertación interinstitucional con la Cruz Roja, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las Sociedades Científicas de Pediatría y Neonatología y las universidades para la revisión, ajuste, validación y difusión de la guías de AIEPI y para el desarrollo y difusión de una campaña de IEC por medios masivos y alternativos en coordinación con la Universidad Javeriana de

Bogotá, la Cadena Nacional de Radio y Televisión (RCN) y el periódico El Tiempo, enfocada en la promoción de la salud y en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Con base en la experiencia de Pasto, la principal enseñanza surge del hecho de que el éxito en la implementación de la estrategia está asociado con el compromiso de los diferentes actores sociales y la voluntad política de las autoridades gubernamentales, y con la gestión articulada entre el sector salud y la comunidad.

En aras de ampliar la experiencia al ámbito nacional se consideran como puntos críticos para la implementación del componente comunitario, los siguientes:

- ∴ garantizar el compromiso político;
- ∴ sensibilización de actores y comunidad;
- ∴ elaboración de una línea de referencia;
- ∴ el mejoramiento de las habilidades del personal de salud y de las prácticas familiares y comunitarias;
- ∴ información actualizada;
- ∴ vigilancia y evaluación continua; y
- ∴ gestión articulada entre sectores y la comunidad para generar espacios saludables para los niños.

3.3 Ecuador

En Ecuador, el componente comunitario de AIEPI se está implementando en 4 ámbitos (Pujilí/Cotopaxi, Colta/Chimborazo, Talag/Napo y Bolívar) que muestran índices de pobreza muy marcados. Pujilí y Colta han culminado la primera etapa que abarca desde el diagnóstico local hasta la ejecución de actividades. Talag está en proceso de implementación de actividades y Bolívar las está iniciando, lo cual permite concluir que los avances en estos ámbitos han sido diferentes. Entre los principales actores sociales convocados y sensibilizados, figuran los gobiernos locales, el sector de la educación, la Cruz Roja, el sector de la salud, las iglesias católica y evangélica, el Ministerio de Bienestar Social, las organizaciones comunitarias, la defensa civil, las organizaciones no gubernamentales, Plan Internacional y UOPIC, para un gran total de 999 personas que impulsan la movilización comunitaria.

Entre sus principales logros figuran:

- :: la elaboración de una línea de base que consistió en la aplicación de una encuesta KPC relacionada con las 16 prácticas clave sobre el cuidado y atención de los menores de 5 años y la mujer gestante;
- :: movilización comunitaria;
- :: conformación de redes y coordinación intersectorial;
- :: difusión de la estrategia comunitaria que empodera a la mujer; y
- :: utilización de actas, al inicio del proyecto en cada ámbito y en cada una de las actividades realizadas, con el fin de sistematizar la información recolectada y suplir algunos vacíos en el sistema de monitoreo y seguimiento.

Entre las principales dificultades se identificaron las siguientes:

- :: inestabilidad y poca sensibilización del recurso humano involucrado;
- :: problemas en el manejo financiero, y poca claridad en el proceso de ejecución del gasto y reposición de fondos;
- :: falta de potenciación y respuesta de los actores sociales;
- :: retraso en el cumplimiento del plan de ejecución de las actividades propuestas e inexistencia de un sistema de seguimiento y monitoreo del proyecto en sus diferentes niveles de ejecución;

Frente a esta situación, se tienen las siguientes perspectivas:

- :: desarrollar manuales y guías administrativas, pedagógicas y de capacitación para los diferentes actores que se adapten a la realidad nacional y local;
- :: realizar experiencias metodológicas orientadas al cambio de comportamiento;
- :: implementar un sistema de seguimiento y monitoreo por niveles;
- :: fortalecer institucionalmente a la Cruz Roja Ecuatoriana mediante el desarrollo de capacidades para incluir el AIEPI comunitario dentro de sus programas;
- :: mejorar y fortalecer la coordinación nacional y la comunicación interinstitucional e interagencial entre socios; y
- :: expandir la cobertura del componente comunitario de AIEPI a través del programa de extensión.

3.4 Perú

Hasta la fecha, Perú cuenta con 3 proyectos que han culminado su primera etapa y se encuentran al inicio de la segunda (Chao/La Libertad, Santa María/Iquitos y Huancane/Puno), así como un nuevo ámbito (Huamanga/Ayacucho), que desde el 2004 viene implementando las actividades. Entre los logros generales figuran los siguientes:

- ∴ la incorporación de AIEPI en los planes operativos institucionales de salud a nivel nacional, regional y local;
- ∴ la participación de la Cruz Roja peruana en la mesa nacional de promoción de la salud;
- ∴ la incorporación de AIEPI en los programas de estudios de pregrado de las instituciones educativas formadoras de recursos humanos en salud; y
- ∴ la inclusión de los protocolos AIEPI en la Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral en Salud.

En el plano local se cuentan los siguientes logros:

- ∴ la institucionalización de la estrategia AIEPI en Puno y Ayacucho, lo cual fortaleció las intervenciones y el compromiso, especialmente de las autoridades del Ministerio de Salud, y
- ∴ la incorporación de filiales de Cruz Roja participantes en las Mesas de Concertación de Lucha contra la Pobreza; y
- ∴ la organización y fortalecimiento de redes sociales que elaboran, ejecutan y evalúan sus planes de trabajo.

En el transcurso de la implementación del proyecto se identificaron una serie de dificultades que paulatinamente se han ido superando. Entre ellas:

- ∴ alta rotación de gerentes y personal de nivel operativo;
- ∴ falta de institucionalización formal por parte del nivel central, lo cual impide una implementación más acelerada;
- ∴ poca inversión en actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación; y
- ∴ demora en la asignación de los recursos financieros hacia los niveles operativos locales.

En materia de perspectivas se vislumbran las siguientes:

- ∴ institucionalización de la estrategia AIEPI en el plano nacional;
- ∴ incorporación de la estrategia AIEPI en el marco del Nuevo Modelo de Atención de Salud y Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud; y
- ∴ la incorporación de las filiales departamentales de la Cruz Roja peruana.

3.5 Venezuela

A partir de la alianza entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la Cruz Roja Venezolana y la OPS, y después de un proceso de priorización, se determinó incorporar el componente comunitario de AIEPI y su metodología a la atención primaria de salud en tres ámbitos: Andrés Bello Blanco y Crespo/Lara y en Barinas/Barinas.

Entre los logros más destacados figuran:

- ∴ el reconocimiento de la estrategia AIEPI como instrumento para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y
- ∴ el fortalecimiento de alianzas institucionales y la incorporación de la metodología AIEPI comunitario como modelo de gestión participativa en las iniciativas Casas Comunitarias de Salud y en la misión Barrio Adentro del proyecto VIDA, que en los tres ámbitos mencionados cuentan con 763 casas comunitarias y 52 consultorios populares.

Entre las principales dificultades surgidas en el proceso se encuentran:

- ∴ las dilaciones en los procesos administrativos de las instituciones;
- ∴ intereses políticos contrapuestos entre el gobierno local y la comunidad; y
- ∴ debilidad en el monitoreo desde el nivel central.

Frente a esta situación se plantean los siguientes retos:

- ∴ expandir la metodología a nivel nacional;
- ∴ incorporar la metodología de trabajo con actores sociales en las misiones y universidades; y
- ∴ asegurar la sostenibilidad a través del empoderamiento de los actores locales.

4. CONCLUSIONES Y RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE GRUPO

4.1 Coaliciones locales y alianzas nacionales

La experiencia acumulada de gestión de cada uno de los estadios de la metodología comunitaria de la estrategia AIEPI va desde el diagnóstico local participativo y la elaboración de perfiles locales, hasta la gestión y trabajo con actores sociales, pasando por la formulación de una línea de referencia, así como la implementación, ejecución y revisión de actividades. En cada uno de estos estadios, las coaliciones locales y alianzas nacionales han cumplido un papel crítico en el desarrollo de una experiencia que viene fortaleciendo los programas nacionales de salud infantil y todos los esfuerzos por disminuir la mortalidad de los menores de cinco años.

Para establecer hasta qué punto se forjaron coaliciones y alianzas se trabajó en grupos conformados por representantes del Ministerio de Salud, la Cruz Roja y los actores sociales del nivel local. Allí se analizaron y discutieron las principales fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas de la articulación entre estos tres estamentos.

4.2 Conclusiones:

Articulación entre el Ministerio de Salud y la Cruz Roja a nivel local		
Fortalezas	Debilidades	Lecciones Aprendidas
<ul style="list-style-type: none"> • Existe interacción y relación de respeto entre el Ministerio de Salud y la Cruz Roja. • El equipo coordinador realiza reuniones periódicas para planificar y evaluar las actividades. • Se registra un trabajo en equipo satisfactorio, en pos de un objetivo común. • Existe una designación de roles con responsabilidades compartidas y de acuerdo con las capacidades de cada institución. • Se evidencia un alto nivel de compromiso y motivación de los equipos locales, y un muy buen nivel de la estructura organizativa de ambas instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existen dificultades para establecer liderazgos al inicio del proyecto. • Las instituciones participantes exhiben procesos administrativos diferentes, lo cual ha dificultado el manejo financiero. • Se registra un alto grado de rotación y cambio de personal y autoridades. • Las dinámicas institucionales son diferentes. • No hay voluntarios de la Cruz Roja en las comunidades intervenidas, pues éstos se encuentran concentrados en las cabeceras municipales. 	<ul style="list-style-type: none"> • La articulación Ministerio de Salud–Cruz Roja, a través de los coordinadores locales, se ve fortalecida por la comunicación, así como por una planificación conjunta y permanente que se ajusta a la dinámica de cada institución. • Para el trabajo interinstitucional, es necesario definir la responsabilidad compartida de ambas agencias con base en las capacidades de cada cual. • Se requiere un sistema de monitoreo que fortalezca el trabajo interinstitucional en el ámbito local

Incorporación de otros actores a nivel local

Fortalezas	Debilidades	Lecciones Aprendidas
<ul style="list-style-type: none"> • Se ha logrado involucrar a muchas redes de actores sociales de manera efectiva. • Se detecta un cambio positivo de actitud en todos los actores sociales en relación con el tema de salud, que ha sido incorporado en sus respectivas agendas. • El trabajo con redes sociales genera un efecto multiplicador de prácticas priorizadas en un mayor número de familias. • La planificación local con la participación de todos los actores sociales y la comunidad genera confianza y compromiso. • Se han conformado comités locales de gestión y elaborado actas que certifican la participación y compromiso de los actores sociales. • El empoderamiento de los actores sociales asegura la sostenibilidad de los procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento y monitoreo por parte de cada uno de los actores es deficiente. • Se presenta una alta rotación de recursos humanos en todas las redes. • No existe evidencia de análisis compartido con la familia y la comunidad. • Distintas responsabilidades y dinámicas institucionales, lo cual dificulta la planificación, coordinación y ejecución de actividades conjuntas. • Se detecta poco compromiso y participación del gobierno local en algunos ámbitos del proyecto, mientras que en otros se nota la politización de las actividades. • No hay participación de las ONG. • En las reuniones de coordinación hay participación de agentes que no tienen poder de decisión, como son los representantes de las principales redes. • La respuesta de los servicios a la demanda generada por el trabajo de los actores sociales es inadecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • La participación de los diferentes actores sociales en los comités locales de gestión debe hacerse a través de un coordinador reconocido y designado por la institución. • La identificación, convocatoria y participación de los actores sociales debe iniciarse en la etapa misma de planificación y prolongarse a lo largo de la coordinación, ejecución, monitoreo y evaluación del proceso, lo que asegura su sostenibilidad y el empoderamiento de sus protagonistas. • El abordaje del componente comunitario a través de los actores sociales permite llegar a un mayor número de familias, además de que ayuda a conocer mejor sus necesidades.

Alianza Ministerio de Salud-Cruz Roja e incorporación de otras instituciones a nivel nacional		
Fortalezas	Debilidades	Lecciones Aprendidas
<ul style="list-style-type: none"> • Existe una complementariedad entre las instituciones, lo cual evita la duplicación de esfuerzos encaminados al logro de un mismo objetivo. • El AIEPI comunitario ha sido institucionalizado e incorporado como prioridad en los planes estratégicos nacionales de salud y en los modelos de atención a los menores de 5 años. • Se han creado espacios de concertación y discusión en torno al componente comunitario de AIEPI (Ej. mesa de concertación de Bolivia y comité interagencial en Perú). • Coyunturalmente, las instituciones formadoras de recursos humanos tienen interés en incorporar la estrategia en sus programas académicos. • Apropiación del proceso por parte de otros actores. • Buen apoyo de OPS en la mayoría de países. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta rotación de interlocutores tanto del Ministerio de Salud como de la Cruz Roja. • Los puntos focales de ambas instituciones tienen múltiples responsabilidades, lo que limita el tiempo de que disponen para dedicarle al proyecto. • Los procesos administrativos para la movilización de fondos se dilatan. • Se nota la falta de habilidades y poca experiencia en el trabajo con organizaciones y redes sociales. • En algunos países la coordinación entre el Ministerio de Salud y la Cruz Roja ha sido débil. • El monitoreo es débil. 	<ul style="list-style-type: none"> • La alianza nacional Ministerio de Salud-Cruz Roja ha generado espacios visibles en la agenda política y técnica de los países para la incorporación de la estrategia como prioridad. • Se hace necesario realizar talleres con ONGs y otras instituciones que trabajan por la salud del niño en el ámbito comunitario para difundir los avances, logros y lecciones aprendidas del proyecto. • La instalación de instancias de coordinación como mesas de trabajo, comités intersectoriales y otros de nivel nacional, permiten aunar esfuerzos y evitar la duplicación de actividades. • Se ha producido la institucionalización del AIEPI comunitario y la incorporación de la estrategia como prioridad en los planes estratégicos nacionales de salud y en los modelos de atención a los menores de 5 años. • Pese a las diferencias en dinámicas, capacidades y recursos, la alianza Ministerio de Salud-Cruz Roja y otros actores ha producido los logros mencionados.

Seguimiento del equipo Cruz Roja-Ministerio de Salud en los niveles locales

Fortalezas	Debilidades	Lecciones Aprendidas
<ul style="list-style-type: none">• El monitoreo de los proyectos desde el nivel nacional motiva y fortalece a los equipos locales.• Hay seguimiento, especialmente por parte de la Cruz Roja del nivel nacional para con las filiales locales.• Se hacen reuniones periódicas del equipo nacional para el monitoreo y seguimiento de los ámbitos locales.	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiente participación del Ministerio de Salud, limitado por la descentralización.• Hace falta estandarizar los instrumentos y metodología de seguimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Se requiere un sentido de la propiedad del proceso por parte de la Cruz Roja y el Ministerio de Salud en el nivel central para realizar el seguimiento en el nivel local.• El monitoreo de los proyectos desde el nivel nacional motiva y fortalece a los equipos locales, al tiempo que permite el intercambio de experiencias entre los diferentes equipos locales del país.

5. INTERVENCIONES LOCALES INTEGRADAS PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Existe evidencia de que algunas prácticas familiares clave son efectivas para disminuir la mortalidad infantil y para propiciar el desarrollo y crecimiento saludables de los niños menores de 5 años. Es así como en 2003, un grupo de expertos en supervivencia infantil se reunió en Bellagio, Italia, con el propósito de identificar aquellas prácticas familiares saludables que como la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria y el parto higiénico, contribuyeran a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materna e infantil.

Cuando se promocionan estas prácticas saludables se persiguen dos objetivos: primero, el cambio de comportamientos riesgosos, y segundo, la adopción de comportamientos nuevos e idóneos para proteger la salud. Pero, ¿cómo lograrlo? Está comprobado que no es suficiente con suministrar información sobre el particular, como tampoco lo son las intervenciones aisladas focalizadas en el cambio del comportamiento individual.

Las intervenciones efectivas para el cambio de comportamiento son aquellas que incluyen una amplia gama de actividades dirigidas a incidir en distintos niveles de actuación y no solo en el individual, que se prolongan el tiempo suficiente y que responden a las necesidades y realidades culturales de los países. Las teorías del cambio de comportamiento actualmente en boga optan por una perspectiva ecológica donde los individuos se encuentran insertos en un complejo sistema de influencias que van moldeando y determinando una serie de conductas que favorecen o afectan su salud. Por ello es importante centrarse no solo en el cambio individual, sino también en los siguientes:

- :: **interpersonal**, en las interacciones con otros individuos;
- :: **comunitario**, donde entran a cumplir un papel fundamental las teorías de las redes de apoyo social, fundamentales para la sostenibilidad del cambio que se quiere impulsar;
- :: **de políticas y legislación**, que en su conjunto deben configurar un marco propicio para el cambio tanto en materia de comportamiento como de gestión de servicios de salud, coordinación interagencial y en la función que cumplen los medios de comunicación, entre otras cosas.

Con este marco conceptual, y apelando a la experiencia de los participantes, se organizaron grupos por países con el propósito de analizar, intercambiar y documentar las acciones que se llevan a cabo en el nivel local para promover cambios de comportamiento en torno a prácticas familiares clave priorizadas en cada país.

A modo de conclusión, a continuación se presenta una matriz que permite visualizar la experiencia de los países en las acciones a nivel individual, comunitario y de políticas y legislación para el cambio de comportamiento:

Práctica priorizada: suministro del esquema completo de vacunación antes o cuando el niño cumpla su primer año	
Nivel de intervención	Descripción de las actividades
Individual	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Una vez capacitados todos los actores sociales sobre las vacunas y el manejo del carné de salud infantil, están preparados para compartir los conocimientos en cada hogar con las familias, quienes optarán por ir a vacunar a sus hijos. ■ Los agentes comunitarios y los voluntarios de la Cruz Roja realizan visitas domiciliarias para sensibilizar, informar y llevar a los niños al establecimiento de salud para que sean vacunados. <p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Las madres llevan a sus niños al centro de salud para que los vacunen. ■ Aumento de la cobertura de vacunación. ■ Incremento de las consultas para vacunación producto de la remisión por parte de los actores sociales. ■ Aumento de información interpersonal como resultado de las visitas domiciliarias.

Práctica priorizada: suministro del esquema completo de vacunación antes o cuando el niño cumpla su primer año (cont.)

<p>Comunitario</p>	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación al personal comunitario y a los actores sociales, quienes a través de sus planes de trabajo socializan y transmiten sus conocimientos a sus bases (profesores, padres de familia, educadores, ACS, voluntarias de la Cruz Roja, centros de madres) a través de reuniones, ferias educativas y festivales de salud, entre otros eventos. - Las juntas vecinales difunden las prácticas priorizadas de AIEPI a través de sociodramas, demostraciones, perifoneo y movilización de la comunidad, entre otras actividades. - Los comités de análisis de la información comunitaria (CAI) discuten y estudian periódicamente la información y estadísticas generadas por los establecimientos de salud (por ejemplo sobre cobertura de vacunación), con el fin de plantear soluciones a carencias o vacíos detectados. <p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actores sociales elaboran y ejecutan planes de promoción de prácticas clave. - Un mayor número de madres asiste a los establecimientos de salud. - En los centros de mujeres, las madres participan en sociodramas sobre las enfermedades prevenibles por vacunas. - Personal de salud monitorea las coberturas de vacunación.
<p>Políticas locales y medios de comunicación</p>	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Ministerio de Salud de Bolivia incluyó el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), donde la atención del niño menor de 5 años es gratuita. - La ley de participación popular de Bolivia permite que se conforme el Directorio Local de Salud (DILOS) para que en todos los municipios se incorpore la atención integral del niño menor de 5 años, según la resolución 0626-AIEPI. - El equipo de Bolivia registra que 8 de los 9 actores que participan en los proyectos comunitarios llenan las fichas de monitoreo. - En el sector educativo es requisito presentar el carné de vacunación para tener acceso a las guarderías y a la escuela primaria (todos los países). <p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento de cobertura de vacunación. - Comité de gestión comunitaria participa en la promoción de la vacunación. - Difusión del programa de vacunación.

5.1 Monitoreo de las acciones comunitarias

En el transcurso del desarrollo de las actividades del componente comunitario de la estrategia AIEPI en cada uno de los ámbitos, se ha mencionado la capacitación y el trabajo con diferentes actores sociales: gobiernos locales, sector educativo, voluntarios comunitarios, iglesias, líderes de organizaciones de base, entre otros, con el objetivo de llegar a las madres de los niños menores de cinco años. El conocimiento sobre lo que sucede después de las capacitaciones varía de un país a otro, dependiendo del tipo de monitoreo y de quién lo realiza, por lo que se hace necesario fortalecer este aspecto de las actividades con los actores sociales.

El monitoreo sobre las actividades de los actores sociales permitirá establecer si las capacitaciones han sido efectivas en cuanto a motivarlos para que difundan información, y si se está llegando a las familias y madres de niños menores de cinco años. Los representantes o cabezas de cada red son los indicados para liderar este proceso a través del diligenciamiento de la Ficha de Monitoreo de los Actores Sociales (véase en el Anexo), de modo que posteriormente puedan compartir, analizar y discutir los resultados con los comités o equipo de gestión del proyecto en el ámbito local.

Resumen de la experiencia en monitoreo de los equipos			
País	Actor social	Uso de Fichas de Monitoreo de los Actores Sociales	Conclusiones
Perú	Red de Educación	X	En Perú, los nueve actores sociales llenan las fichas de monitoreo. Sin embargo, el equipo reportó que una de las debilidades detectadas es que estas fichas estaban siendo diligenciadas por los coordinadores locales y no por los representantes de cada red social, tal y como se plantea en el proyecto. Por lo tanto sugiere que se definan las responsabilidades de monitoreo en el plano local y que se fortalezca este componente.
	ACS	X	
	Tenientes gobernadores	X	
	Líderes OSB	X	
	Vol. Cruz Roja	X	
	Iglesia	X	
	Instituciones formadoras	X	
	OSB	X	
	Personal de salud	X	

Resumen de la experiencia en monitoreo de los equipos (cont.)

Bolivia	Vol. Cruz Roja	X	El equipo de Bolivia manifiesta que en los proyectos comunitarios los actores involucrados hicieron uso de las fichas de monitoreo. Sin embargo, para universalizar el uso de las fichas es necesario tener una coordinación efectiva, impartir capacitación en el llenado de formularios y organizar e identificar responsables por área de actividad.
	ACS	X	
	Maestros	X	
	Juntas vecinales - OTB	X	
	Educadoras de guardería	X	
	Centros de madres	X	
	ONG		
Personal de salud	X		
Ecuador	Alcaldía		Se requiere capacitación en el uso y suministro de información.
	Escuela		
	Iglesia		
	Plan internacional (promotores)		
	Vol. de Cruz Roja		
	Club de madres		
	Madres cuidadoras		
	Personal de salud		
Colombia	Madres comunitarias < 5 años		En la ciudad de Pasto, donde se está llevando a cabo la experiencia con AIEPI comunitario, no se han aplicado las fichas de seguimiento a los actores sociales. Por ello se hace necesario impartir capacitación en los aspectos técnicos y prácticos de esta labor, así como elaborar un cronograma de compromisos y diseñar un proceso de sistematización de la información proveniente de la retroalimentación, de manera que se hagan los ajustes y se tomen las decisiones del caso.
	Madres comunitarias FAMI		
	Voluntarios Cruz Roja		
	Agentes extramurales de salud		
	Agentes educación de las instituciones de salud		
	Agentes educación del ICBF		

5.2 Sostenibilidad y expansión nacional

Teniendo como antecedente el compromiso adoptado en septiembre de 2000 por 191 países del mundo durante la asamblea de Naciones Unidas, el cuarto objetivo de reducir la mortalidad de niños menores de cinco años en dos tercios para el año 2015 representa un desafío que requiere la participación y el esfuerzo de todos. En este sentido, la OPS se ha comprometido a apoyar a los países de la Región en esta cruzada, prestando particular atención a que este esfuerzo se concentre en las poblaciones más vulnerables y postergadas y en garantizar que las intervenciones efectivas lleguen a ellas, en un claro intento por disminuir las crecientes desigualdades en las condiciones de salud.

En este contexto, y con el objetivo de conocer las necesidades de los países participantes en materia de intervenciones que puedan contribuir a disminuir la mortalidad en niños menores de 5 años, los equipos asistentes al taller plantearon sus planes futuros y necesidades de cooperación técnica para expandir la estrategia AIEPI a escala nacional, con énfasis en las poblaciones más pobres y en el fortalecimiento de los ámbitos locales donde ya se ha implementado el componente comunitario.

Con el fin de ampliar AIEPI al plano nacional se hace necesario conocer las prioridades programáticas del Ministerio de Salud y de las sociedades nacionales de la Cruz Roja, para luego plantear las principales acciones tendientes a su expansión. Igualmente, es necesario identificar a los actores de la sociedad civil que podrían ser invitados a participar en este proceso. Y para el fortalecimiento del nivel local, se plantearon las principales acciones, la identificación de nuevos actores sociales que podrían invitarse a participar y las necesidades de asistencia técnica.

A continuación se resumen las propuestas presentadas por los equipos nacionales a partir del análisis y discusión sobre estos temas.

Requerimientos para la expansión de AIEPI a escala nacional				
Prioridades programáticas del Ministerio de Salud	Prioridades programáticas de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja	Principales acciones para la expansión a escala nacional	Actores sociales en el proceso de expansión	Necesidades de cooperación técnica
<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la mortalidad infantil, en el marco de los ODM. - Incorporación de la metodología AIEPI comunitario como modelo de gestión participativa en las casas comunitarias y en la Misión Barrio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de los mandatos de la Estrategia 2010. 	<p style="text-align: center;">VENEZUELA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difundir entre los directores de salud de los estados las políticas nacionales de atención integral a menores de 5 años con base en AIEPI comunitario. - Capacitar al personal voluntario en AIEPI comunitario en 22 entidades. - Capacitar en abogacía y comunicación a los directores de salud de la Cruz Roja, coordinadores de atención al niño/adolescente, y coordinadores de Barrio Adentro del Ministerio de Salud Pública y Desarrollo Social (MSDS). - Establecer una reunión de coordinación entre directores de salud de la Cruz Roja y directores de salud del MSDS para desarrollar el plan de expansión conjunto en cada uno de los estados. - Elaborar un plan de seguimiento de desarrollo local de las instituciones involucradas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuelas promotoras de salud. - Universidades (facultades de medicina, enfermería, trabajo social y odontología). - Desarrollo social. - Las misiones (Robinson, Ribas). - Poblaciones indígenas (enfoque intercultural bilingüe). - Comunicadores sociales. - Radios y televisoras comunitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Materiales educativos - Apoyo técnico y financiero a la capacitación

Requerimientos para la expansión de AIEPI a escala nacional (Cont.)

PERÚ

<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la mortalidad infantil en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de los mandatos de la Estrategia 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expandir el proyecto AIEPI comunitario en tres ámbitos: Ancash, Junín y La Libertad (Sierra). - Articular los proyectos de salud de la Cruz Roja tomando como eje transversal el AIEPI comunitario. - Reactivar la comisión nacional de AIEPI: DGPROMSA, DGSP, ONG, instituciones formadoras de recursos humanos y entidades científicas. - Capacitar a consultores nacionales y coordinadores regionales en AIEPI. - Fortalecer el compromiso de los funcionarios de las filiales de la Cruz Roja. - Ampliar las filiales de la Cruz Roja a zonas de mayor vulnerabilidad sociodemográfica, hacia donde se va a expandir el proyecto. - Ejercer abogacía en las organizaciones cooperantes para priorizar las intervenciones en las zonas más vulnerables (costo-beneficio). - Fortalecer la coordinación intersectorial que favorezca la implementación de la estrategia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Universidades y centros de formación profesional. - Gobiernos locales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo técnico y financiero a la capacitación - Fortalecimiento del sistema de monitoreo.
---	---	--	---	---

Prioridades programáticas del Ministerio de Salud	Prioridades programáticas de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja	Principales acciones para la expansión a escala nacional	Actores sociales en el proceso de expansión	Necesidades de cooperación técnica
<ul style="list-style-type: none"> - Lograr coberturas de vacunación de 95% con todos los biológicos para todos los menores de 5 años. - AIEPI comunitario en 30 municipios de 9 departamentos. - Reducción de la mortalidad en menores de 5 años en un 50%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalización de la salud comunitaria en el Plan de Desarrollo 2005 – 2010. - Posicionamiento e implementación de AIEPI en niveles de gobierno, de gestión y operativo nacional y territorial. - Evaluación de capacidades y selección de seccionales para implementar el proyecto. - Sensibilización y capacitación a seccionales elegidas. 	<p style="text-align: center;">COLOMBIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de logros de la reunión y compromisos a las autoridades nacionales de salud, Cruz Roja e ICBF. - Elaboración del plan de acción y cronograma del proceso de implementación en las entidades territoriales seleccionadas que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ■ Reunión para sensibilizar y comprometer a las autoridades departamentales. ■ Cuatro talleres regionales de capacitación a personal de salud, Cruz Roja e ICBF. ■ Preparación y duplicación de material educativo. ■ Asistencia técnica de seguimiento y evaluación. 	<p>Sociedad civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iglesia - Sociedades científicas - Universidades - ONGs - Redes sociales <p>Otros sectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación - Interior y Justicia - Comunicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Materiales educativos - Apoyo técnico y financiero a la capacitación - Apoyo a la asistencia técnica (transporte y viáticos)

Requerimientos para la expansión de AIEPI a escala nacional (Cont.)				
Prioridades programáticas del Ministerio de Salud	Prioridades programáticas de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja	Principales acciones para la expansión a escala nacional	Actores sociales en el proceso de expansión	Necesidades de cooperación técnica
ECUADOR				
<ul style="list-style-type: none"> - Plan de reducción mortalidad materna e infantil. - Programa Extensión Cobertura Integral, priorizando las parroquias con mayor pobreza (34 de las 199 áreas de salud). - Ley de maternidad gratuita. - Convenio SSC. - Gobierno local. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difusión en Barelú, Ibarra, Santo Domingo. - Captar y coordinar voluntarios para las áreas del proyecto. - Integrarse más con el MSP - Cumplir la Estrategia 2010, específicamente lo relacionado con el enfoque comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación del AIEPI neonatal y clínico para los centros de excelencia con CLAP en hospitales de mayor complejidad, y de AIEPI comunitario (adaptación neonatal). - Fortalecer alianzas entre ONG y otros actores. - Implementar la vigilancia epidemiológica y establecer un comité de vigilancia de mortalidad materna y perinatal. - Monitoreo y seguimiento. - Estandarización de metodología, instrumentos e indicadores. - Evaluación – sistematización de la estrategia. - Fortalecer el Comité Nacional de la Alianza Regional. - Proyecto Frontera Norte. - Proyectos MSA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a nivel central: INNFA, ORI, MEC, AME, ACNUR. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un técnico en comunicación para cambios de comportamiento. - Metodologías de seguimiento y evaluación.

Prioridades programáticas del Ministerio de Salud	Prioridades programáticas de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja	Principales acciones para la expansión a escala nacional	Actores sociales en el proceso de expansión	Necesidades de cooperación técnica
<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con el esfuerzo para modificar el modelo de atención más orientado a la prevención y a la promoción, mejorando a la vez la calidad de la atención, garantizando el acceso a la prestación y a los medicamentos esenciales, y fortaleciendo la estrategia de atención primaria. - Plan federal de salud, Programas de Médicos Comunitarios, Programa Remediador y Seguro de Salud Materno Infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar e institucionalizar los procesos de articulación con el Minsa y otros actores sociales. - Profundizar y reforzar el trabajo con el Minsa a través del Programa Remediador. - Implementar el Programa de Salud Comunitaria de la Cruz Roja Argentina (CRA) en 7 provincias como parte de la Estrategia 2010 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en función del Plan Estratégico de CRA (PECRA). - Profundizar el conocimiento de la estrategia AIEPI e institucionalizarla en zonas priorizadas en el PECRA. - Profundizar el proceso de modernización institucional en términos de metodologías, equipos y recursos humanos de trabajo calificado. 	<p style="text-align: center;">ARGENTINA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la estrategia AIEPI a órganos de gobierno de CRA, a sus 76 filiales y a 36 escuelas de enfermería. - Revisar y promulgar la política de salud de CRA para incluir la estrategia AIEPI. - Revisar las actividades en los proyectos que se están ejecutando para incluir paulatinamente la estrategia AIEPI. - Acordar el proceso con Minsa y OPS para el trabajo en AIEPI. - Reforzar el AIEPI clínico con la publicación de los nuevos materiales de capacitación adaptados para incluir las diferentes líneas programáticas. - Desarrollar el AIEPI comunitario con actores asociados. - Introducir la enseñanza de AIEPI en las escuelas de enfermería y de AIEPI comunitario en carreras sociales y a nivel de grado. - Extender el número de facultades de medicina que enseñan AIEPI y avanzar el estudio de postgrado de médico generalista y de familia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Articulación con otros ministerios (Desarrollo, Educación, Economía) - Educación: guarderías, escuelas primarias, educación media y universitaria (áreas de salud y comunicación) - Cruz Roja Argentina, otras ONG. - Iglesias, Cáritas, Pastoral. - Ligas de madres, amas de casa. - Organizaciones piqueteras. - Explorar el trabajo con fundaciones empresariales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento. - Cooperación para el desarrollo de metodologías comunitarias. - Articulación intersectorial. - Fortalecimiento institucional.

Requerimientos para la expansión de AIEPI a escala nacional (Cont.)				
Prioridades programáticas del Ministerio de Salud	Prioridades programáticas de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja	Principales acciones para la expansión a escala nacional	Actores sociales en el proceso de expansión	Necesidades de cooperación técnica
PARAGUAY				
<ul style="list-style-type: none"> ● Plan nacional de salud integral de la niñez 2005-2009. ● Lactancia materna ● Nutrición y malnutrición ● Recién nacido ● Maltrato infantil ● Inmunizaciones ● Vigilancia de la salud y mortalidad infantil ● AIEPI en zonas de frontera 	<ul style="list-style-type: none"> - Dentro del Plan Nacional de Desarrollo y siguiendo los lineamientos de la Estrategia 2010 de la Federación Cruz Roja, reforzar el área de salud. - AIEPI se encuentra entre las prioridades incorporadas en la reunión general de la Cruz Roja Peruana (CRP) celebrada en diciembre de 2004. - Comité Central CRP (asamblea general). 	<ul style="list-style-type: none"> - 18 R. Sanitarios (RS). - 15 de los 18 RS cuentan con un 60% de sus recursos humanos capacitados en AIEPI clínico. De estos 15 hay 12 que se encuentran en etapa de expansión, mientras que 3 están iniciando el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuelas de medicina: UNA-UNI-Pacífico- Unimorte - UCA. - Escuelas de enfermería: UNA (filial Concepción, filial General Ovedo, filial San Estanislao); UCA; y Evangélica Bautista. - INS: curso de postgrado en salud pública. - Postgrado HNG y H. Acosta Nu - Escuelas de Nutrición (Pacífico-Autónoma) - Plan internacional - Pastoral del niño - UNICEF, USAID - BID, BM, OPS - Promesa 	<ul style="list-style-type: none"> - Lanzamiento: Regional AIEPI (marzo), coordinador Federación Internacional Cruz Roja. - Para el tercer momento: planificación local.

Prioridades programáticas del Ministerio de Salud	Prioridades programáticas de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja	Principales acciones para la expansión a escala nacional	Actores sociales en el proceso de expansión	Necesidades de cooperación técnica
BOLIVIA				
<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo con redes sociales y redes de servicio. - Inicio de la labor de expansión en trabajos de 3 fases: nacional, departamental, local. - Priorización de municipios cuidadores de salud ENSAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - PDL institucionalizado - 4 filiales AIEPI - 2005 Trinidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> - Sector gremial 	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de abogacía para SEDES. - Abogacías y directores de educación. - Municipios. - Asesor técnico metodología.
				<ul style="list-style-type: none"> - Los coordinadores de los proyectos locales actuales podrían brindar asistencia técnica en los ámbitos que están en expansión.

5.3 Exposición de materiales

Durante el taller, los equipos de los 8 países tuvieron la oportunidad de exhibir los materiales desarrollados y utilizados en la implementación y ejecución del componente comunitario de la estrategia AIEPI a nivel local, dirigidos especialmente a promocionar las prácticas familiares clave priorizadas por cada ámbito.

Entre ellos se incluyeron contenido y objetivos, cuyo rango iba desde aquellos destinados a la capacitación, los diseñados para difundir información, hasta los elaborados para impartir educación, dar visibilidad a la estrategia o motivar a la participación y los procesos de referencia y retorno. Se exhibieron manuales de capacitación, afiches, trípticos, volantes, cartillas, calendarios, rotafolios, poleras, gorros, cuñas radiales y televisivas, entre otros, cada uno de ellos adaptado a su propia realidad, así como a las características y cultura de su población destinataria.

Esta actividad brindó a los participantes la oportunidad de compartir y conversar sobre su experiencia en la elaboración de los materiales, y sobre su utilidad y relevancia en la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- :: Es necesario recordar que las prácticas clave priorizadas constituyen el contenido, los actores sociales son los promotores del cambio y el sujeto final de nuestro compromiso son las familias. En esta ecuación, la asociación entre la Cruz Roja y el Ministerio de Salud cumple una doble función: como ejecutora, a través de la activación de sus propias redes, y como promotora de la participación de otros actores en los niveles nacional, subnacional y local.
- :: La planificación de base como metodología de análisis permite a las personas identificar sus problemas, establecer las causas y consecuencias de los mismos y plantear alternativas de solución. Esta metodología permitió a los equipos locales contar con información para el diseño de los proyectos comunitarios e igualmente fue utilizada como metodología de capacitación sobre las prácticas clave.
- :: Los países participantes reconocen el salto cualitativo en el abordaje del componente comunitario de la estrategia AIEPI en la medida en que se vincula al agente comunitario de salud a un trabajo con los actores sociales y sus redes.
- :: El enfoque comunitario y el abordaje de los actores sociales de la estrategia AIEPI hace hincapié en la necesidad de construir a partir de la capacidad existente de las redes, lo cual genera un sentido de pertenencia local donde los actores sociales aportan sus recursos para lograr los objetivos propuestos.
- :: En los ámbitos locales se han creado condiciones favorables para el cambio de comportamiento comunitario a través de la movilización de las redes sociales; queda como reto fortalecer el nivel individual y de políticas.
- :: La alianza CRA/UNF/FICR/OPS brinda la oportunidad de fortalecer el trabajo a nivel de la comunidad, así como la capacidad local del Ministerio de Salud, de la Cruz Roja y de los actores sociales. Hasta la fecha se ha capacitado a más de 7.000 personas, se han vinculado más de 227 organizaciones, se cuenta con la participación de las ONG, se han producido 25 documentos nuevos, y hay 8 países con planes de expansión y movilización de fondos.
- :: El compromiso y voluntad política tanto del Ministerio de Salud, de la Cruz Roja y otras instituciones participantes son primordiales para asegurar la implementación exitosa del componente comunitario.
- :: En el transcurso de la implementación han surgido dificultades relacionadas

con los cambios sociales y políticos en los países; las diferencias organizacionales, administrativas y de dinámica institucional de las entidades participantes; la poca documentación y sistematización de las experiencias; y el seguimiento deficiente de las actividades comunitarias, que se ha venido superando con el esfuerzo y participación de todos.

- ∴ Desde la perspectiva de la Federación Internacional de la Cruz Roja, la alianza CRA/UNF/FICR/OPS ha permitido avanzar en el cumplimiento de la Estrategia 2010, especialmente en lo que se refiere al fortalecimiento de las sociedades nacionales y a la creación de alianzas con otras instituciones; se abre así una gran oportunidad y espacios de interacción a futuro que enriquecerán la experiencia de la Cruz Roja.
- ∴ Los países participantes han desarrollado una buena cantidad de materiales creativos y variados en el contexto de la alianza regional, que han apuntalado los mecanismos de información y comunicación en los ámbitos locales.
- ∴ Es necesario fortalecer el sistema de monitoreo, de modo que permita conocer con mayor certeza el movimiento y efecto del trabajo de las redes sociales en la promoción de las prácticas priorizadas desde sus espacios naturales y a partir de su propio rol.
- ∴ En varios países se han presentado algunas condiciones que favorecen la expansión de la estrategia AIEPI, como la mesa de trabajo de AIEPI (Bolivia), el Programa de Extensión de Coberturas (Ecuador), la iniciativa Casas Comunitarias y Misión Barrio Adentro (Venezuela) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- ∴ Los equipos de los países participantes, conformados por los Ministerios de Salud, las sociedades nacionales de la Cruz Roja, los actores locales y la OPS, reconocieron la importancia de expandir las actividades de la estrategia AIEPI al plano nacional, dado que se la considera la herramienta idónea para cumplir con los ODM.

ANEXOS

I. Lista de Participantes

Guillermo Alberto Aranciva Ministerio de Salud, Argentina	Irlanda Ordóñez Ministerio de Salud Pública, Ecuador
Jorge Fernández Cruz Roja Argentina	Lupe Orozco Ministerio de Salud Pública, Ecuador
Willy Patricio Chambilla Luna Junta Vecinal, Bolivia	José Castro Ministerio de Salud Pública, Ecuador
Lucía Loza S. Profesora U.E. Hugo Banzer, Bolivia	Miguel Chamorro Dirección Provincia de Chimborazo Ecuador
María Cecilia Prieto Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia	Lenín Calisto Jarrín Centro de Salud Tena, Ecuador
María Eugenia Perales Cruz Roja Boliviana	Victoria Albán Cruz Roja Ecuatoriana
Norma Morales Cruz Roja Cochabamba, Bolivia	Carmen Ponce Cruz Roja Napo, Ecuador
Gladys Caballero SEDES Potosí, Bolivia	Diana Almeida Cruz Roja Ecuatoriana
Juvenal Moreno Carrillo Cruz Roja Colombiana	Lydia Fraser Cruz Roja de Guyana
Luz Elena Monsalve Ministerio de Protección Social, Colombia	Allison Brown Ministerio de Salud, Guyana
Lilia Fuentes de Roa Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Colombia	Mariano Roque Cruz Roja Paraguaya

Marilú Chiang Echenique PRISMA, Perú	Gladys Ramírez Rodas Ministerio de Salud Publica, Paraguay
Patricia Escalante Noriega Ministerio de Salud Publica, Perú	Francisco Vallejo Federación Internacional de la Cruz Roja
Héctor Pereyra Pathfinder Internacional, Perú	Bonnie Kittle Cruz Roja Americana
Jesús Toledo Cruz Roja Peruana	Nelson García Cruz Roja Venezolana
Rommy Ríos Cruz Roja Peruana	Yuraima Calderón Ministerio de Salud y Desarrollo Social Venezuela
Rosa Liz Vilca Bengoa Ministerio de Salud de Perú	Nelson García Cruz Roja Venezolana
Nimia Núñez Dirección Regional de Salud La Libertad Perú	Claudia Sánchez Programa Nacional Salud, Venezuela
Martha Mejía Soto OPS, Bolivia	Armando Aráis Ministerio de Salud, Venezuela
Víctor Arauz OPS, Ecuador	Aliria Galíndez Agente comunitaria, Venezuela
Ricardo Gutiérrez OPS, Ecuador	Soledad Pérez OPS, Venezuela
Luis Seoane OPS, Guyana	Rafael Obregón OPS/OMS, Washington
Bernando Sánchez OPS, Paraguay	Lambrechtx Thierry OMS, Ginebra
Christopher Drasbek OPS/OMS, Washington	Luis Gutiérrez Alberoni OPS/OMS Perú
Cecilia Breinbauer OPS/OMS, Washington	Ana Quijano Calle OPS/OMS, Perú

II. Agenda

Miércoles 8 de diciembre de 2004	Agenda tentativa	Horario
Objetivos 1) Intercambiar, analizar y sistematizar los avances, logros, dificultades y lecciones aprendidas del desarrollo y gestión en la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI.	Inauguración Representante OPS/OMS Honduras Ministerio de Salud de Honduras Cruz Roja Honduras Federación Internacional de la Cruz Roja Cruz Roja Americana	9:00-9:30
	Moderador: Víctor Aráuz, OPS/Ecuador	9:30-9:50
	Objetivos, metodología y presentación de los participantes , Víctor Aráuz, OPS/Ecuador	
	Presentación: Reflexiones sobre la Alianza Regional AIEPI Comunitario: Avances y perspectivas de expansión en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Christopher Drasbek, OPS/Washington.	9:50-10:10
	Reflexiones sobre la Alianza Regional AIEPI comunitario. Francisco Vallejo, Federación Internacional Cruz Roja	10:10-10:30
	Café	10:30 – 10:45
	Moderador: Luis Gutiérrez, OPS/Perú	
	Presentaciones de países: Avances, dificultades y perspectivas en la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI. Además, cada país compartirá con el resto de los participantes la experiencia adquirida en un tema específico de su elección.	
	<i>Bolivia</i> Tema a compartir: La fase expansión AIEPI comunitario con las organizaciones al nivel nacional y local.	10:45-11:05
	Preguntas e intercambio de experiencias.	11:05-11:20
<i>Colombia</i> Tema a compartir: Trabajo con otros actores sociales en la comunidad.	11:20-11:40	
Preguntas e intercambio de experiencias.	11:40-11:55	
<i>Ecuador</i> Tema a compartir: El uso de las prácticas clave en los proyectos comunitarios.	11:55-12:15	
Preguntas e intercambio de experiencias.	12:15-12:30	
Almuerzo	12:30-2:00	

Jueves 9 de diciembre 2004	Agenda tentativa	Horario
	Presentaciones de países (continuación)	
	<i>Perú</i> Tema a compartir: Cómo crear capacidades locales y dotar de sostenibilidad a las acciones. Preguntas e intercambio de experiencias.	2:00-2:20
		2:20-2:35
	<i>Venezuela</i> Tema a compartir: Barrio adentro y casas comunitarias. Preguntas e intercambio de experiencias.	2:35-2:55
		2:55-3:10
	Café	
		3:10-3:25
	Resumen de presentaciones de país sobre los avances, dificultades y perspectivas en la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI a escala nacional, Luis Gutiérrez, OPS/Perú.	3:25-3:45
	Discusión en plenaria	
	Moderador: Luis Gutiérrez, OPS/Perú	
		3:45-4:00
	Trabajos de grupos por países (Guía de Trabajo # 1)	
	1. Coaliciones locales: Identificación de fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas. Facilitadores: Luis Gutiérrez y Lucía Loza	4:00-5:00
	2. Alianzas nacionales: Identificación de fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas. Facilitadores: Cecilia Breinbauer y Rommy Ríos.	
	Moderador: Braulio Cuba, IFRC/Salvador	
	Conclusiones de trabajos de grupo. Fortaleciendo coaliciones locales y alianzas nacionales: lecciones aprendidas.	5:00-5:30

Viernes 10 de diciembre de 2004	Agenda tentativa	Horario
<p>Objetivos</p> <p>1) Analizar la evidencia y elementos a considerar para la adopción de prácticas clave en poblaciones vulnerables y de difícil acceso.</p> <p>2) Analizar, intercambiar y documentar acciones implementadas a nivel local para promover cambios de comportamiento en torno a prácticas clave priorizadas.</p> <p>3) Intercambiar materiales producidos en los distintos países en apoyo al desarrollo de actividades de salud infantil a nivel comunitario.</p> <p>4) Fortalecer el proceso de monitoreo de los diferentes actores sociales en relación con las acciones comunitarias de la estrategia AIEPI y promoción de las prácticas clave.</p>	<p>Moderador: Irlanda Ordoñez, Ministerio de Salud Ecuador</p>	9:00-9:20
	<p>Presentación: Promoción de prácticas familiares clave: Llegando con intervenciones efectivas a poblaciones vulnerables en el hogar y la comunidad, Cecilia Breinbauer, OPS/Washington.</p>	
	<p>Discusión en plenaria Moderador: Cecilia Breinbauer, OPS/Washington</p>	9:20-9:30
	<p>Trabajos de grupos por países (Guía de Trabajo # 2) Prácticas clave priorizadas e intervenciones integradas a nivel local para el cambio de comportamiento.</p>	9:30-10:30
	<p>Café</p>	10:30-10:45
	<p>Discusión en plenaria Conclusiones del trabajo en grupos (5 minutos por país). Preguntas e intercambio de experiencias.</p>	10:45-11:10 11:10-11:30
	<p>Sesión sobre materiales Cada país tendrá la oportunidad de compartir con otros países sus materiales producidos a nivel nacional en apoyo a la promoción de la salud infantil, especialmente a nivel comunitario. Facilitador: Marta Mejía, OPS/Bolivia</p>	11:30-12:30
	<p>Almuerzo</p>	12:30-2:00
	<p>Trabajo de grupo: Fortaleciendo el proceso de monitoreo de las acciones comunitarias desarrolladas por los diferentes actores sociales. Bonnie Kittle, CRA (Guía de Trabajo # 3)</p> <p>Café en los grupos</p>	2:00-3:30
	<p>Discusión en plenaria: Conclusiones del trabajo en grupos</p>	3:35-4:00
<p>Tiempo libre para visitar la ciudad</p>	4:00	

Jueves 2 de diciembre 2004	Agenda tentativa	Horario
<p>Objetivos</p> <p>1) Compartir y sistematizar la participación de los diferentes actores sociales en relación con las acciones comunitarias de la estrategia AIEPI y promoción de las prácticas clave.</p> <p>2) Analizar y discutir los aspectos de sostenibilidad de los avances logrados en el ámbito comunitario, así como el nuevo marco conceptual para la expansión de la estrategia AIEPI a escala nacional.</p> <p>3) Identificar necesidades de cooperación técnica de los países participantes respecto a intervenciones que podrían contribuir a disminuir la mortalidad en niños menores de 5 años, así como las maneras en que la estrategia AIEPI puede contribuir a satisfacer dichas necesidades a través de acciones de expansión a escala nacional, llegando a las áreas prioritarias y grupos vulnerables durante el año 2005.</p>	<p>Moderador: Rafael Obregón, OPS/Washington</p>	9:00-10:30
	<p>Mesa redonda: Participación de los actores sociales en acciones comunitarias de la estrategia AIEPI. Breve presentación (Guía de Trabajo # 4) Organización de base Bolivia Red Educativa Bolivia PRISMA Perú Dirección Técnica del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Pathfinder, Perú Dirección de Salud Cotopaxi Coordinador del Proyecto, Cruz Roja Venezolana</p>	10:00-10:30
	<p>Discusión plenaria</p>	10:30-10:45
	<p>Café</p>	10:45-11:15
	<p>Presentación: Cómo lograr la sostenibilidad y expansión nacional de las actividades AIEPI sobre la base de las necesidades de los programas nacionales de salud en los países y el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, Luis Gutiérrez, OPS/Perú.</p>	11:15-12:00
	<p>Discusión plenaria</p>	12:00-12:30
	<p>Moderador: Cecilia Breinbauer, OPS/Washington</p>	12:30-2:00
	<p>Trabajo de grupo por país: Enfoque, planes futuros y necesidades de cooperación técnica para la expansión de la estrategia AIEPI a escala nacional en los países, llegando a las áreas prioritarias y grupos vulnerables, y contribuyendo a los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Preparación de acciones para 2005 (Guía de Trabajo # 5)</p>	2:00-3:30
	<p>Almuerzo</p>	3:30-4:45
	<p>Continuación – Trabajo de grupos por país, planes para 2005. Se servirá café en los grupos</p>	3:30-4:45
<p>Moderador: Luis Gutiérrez, OPS/Perú</p> <p>Discusión en plenaria: Sostenibilidad y expansión de la estrategia AIEPI a escala nacional. Conclusiones de los grupos de trabajo.</p>	4:45-5:00	
<p>Clausura</p>	4:45-5:00	

III. Fichas de monitoreo de los actores sociales

ACTOR: EDUCACIÓN

ÁMBITO:

ESTRUCTURA:

a) Número de escuelas:

b) Número de profesores:

c) Número de alumnos:

d) Número de padres de familia:

e) Nivel jerárquico inmediato superior (cargo y nombre):

f) Número de juntas o sociedades de padres:

PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS:

NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS:

PORCENTAJE DE ESCUELAS INVOLUCRADAS:

PORCENTAJE DE PROFESORES CAPACITADOS:

NÚMERO DE JUNTAS ESCOLARES INFORMADAS:

NÚMERO DE REUNIONES CON PADRES Y MADRES REALIZADAS:

QUÉ PRÁCTICAS CLAVE SE ESTÁN DISCUTIENDO, MIEMBROS Y:

1.

2.

3.

4.

5.

ACTOR: ORGANIZACIONES DE BASE**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN** **ÁMBITO** **ESTRUCTURA:**a) Número de miembros y nombre de la organización de base: b) Número de responsables de la organización de base: c) Estructura jerárquica superior de la organización de base: Función y nombre de la persona: d) Número total de asociados de cada organización de base (del ámbito): **PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS:**1. 2. 3. 4. 5. 6. **NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS:** **NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS:** **PORCENTAJE DE ORGANIZACIONES DE BASE INVOLUCRADAS:** **NÚMERO DE ORGANIZACIONES DE BASE QUE CUENTAN CON INFORMACIÓN DE GESTANTES Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS:** **NÚMERO DE ORGANIZACIONES DE BASE QUE ESTÁN COMPARTIENDO CON SUS ASOCIADOS LAS PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS:** **NÚMERO DE ORGANIZACIONES DE BASE QUE HAN ACREDITADO AL RESPONSABLE DE SALUD (NOMBRE):**

ACTOR: VOLUNTARIOS DE LA CRUZ ROJA**ÁMBITO** **ESTRUCTURA**a) Número de voluntarios de la Cruz Roja: b) Número de voluntarios del área de salud: c) Niveles de la estructura de la Cruz Roja: d) Servicios de salud que presta: **PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS**1. 2. 3. 4. 5. 6. **NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS:** **NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS:** **PORCENTAJE DE VOLUNTARIOS DE CRUZ ROJA CAPACITADOS** **ASIGNACIÓN DE ESPACIOS A CADA VOLUNTARIO CAPACITADO** **REUNIONES DE LOS VOLUNTARIOS CON ESCUELAS** **NÚMERO DE PARTICIPACIONES EN FERIAS/CAMPAÑAS DE CADA VOLUNTARIO DE LA CRUZ ROJA:** **PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS IMPARTIDAS A LA COMUNIDAD**
(nombre de comunidad y nombre de prácticas)

ACTOR: SALUD**ÁMBITO** **ESTRUCTURA**

- a) Número de establecimientos de salud (red):
- b) Número de personal de salud y niveles de organización:
- c) Número de profesionales capacitados en AIEPI clínico:
- d) Número de establecimientos y nombre de los que cuentan con medicamentos de AIEPI:
- e) Número de establecimientos que ofrecen vacunas y disponen de ellas, y horarios de atención:
- f) Número de manzanas, voluntarios o agentes comunitarios vinculados a los establecimientos de salud:
- g) Demanda actual (mensual) de niños por enfermedades prevalentes de la infancia:

PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.

NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS: **NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS:** **NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS QUE CONOCEN LOS ACTORES, SUS REDES Y ESTÁN TRABAJANDO CON ELLAS** **NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS QUE CUENTAN CON RADARES DE GESTANTES Y DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO** **NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS QUE HAN INICIADO EL MEJORAMIENTO DEL TRATO (BUZÓN DE SUGERENCIAS, ENCUESTAS)** **NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS QUE HAN MEJORADO LA ATENCIÓN AMPLIANDO EL HORARIO (EJ. VACUNACIÓN NOCTURNA):**

ACTOR: GOBIERNO LOCAL**ÁMBITO** **ESTRUCTURA (Regidores y representantes en comunidades)****Número de comunidades o barrios vinculados a la corporación municipal:** **Porcentaje del presupuesto total que el municipio le asigna a la salud:** **Tipo de actividades de salud implementadas con dicho presupuesto:** **PRÁCTICAS PRIORIZADAS**1. 2. 3. 4. 5. 6. **NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN PERFIL:** **NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS:** **PORCENTAJE DE ALDEAS INVOLUCRADAS EN EL PROYECTO:** **PORCENTAJE DE ALDEAS QUE CUENTAN CON RADARES DE GESTANTES Y MENORES DE UN AÑO:** **NÚMERO DE PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS QUE HAN DIFUNDIDO:**

ACTOR: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD**ÁMBITO** **ESTRUCTURA****Número de agentes comunitarios vinculados a los servicios de salud:** **Número de comunidades o barrios vinculados a los agentes comunitarios de salud:** **Número de agentes comunitarios que han sido capacitados en las prácticas clave:** **Número de ACS que cuentan con documentos formalizados de sus comunidades que los acredita como tales:** **PRÁCTICAS PRIORIZADAS**1. 2. 3. 4. 5. 6. **NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS EN QUE LOS ACS HAN DIFUNDIDO LAS PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS:** **NÚMERO DE PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS HASTA LA FECHA:** **PORCENTAJE DE ACS QUE CUENTAN CON RADARES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO Y MUJERES GESTANTES:** **NÚMERO DE REUNIONES (MENSUALES, BIMENSUALES, ETC.) ENTRE ACS Y PERSONAL DE SALUD PARA REPORTAR SU TRABAJO:**