

Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI

Guía para promover la Salud Materna y Neonatal con Actores Sociales



ESTRATEGIA AIEPI
Componente Comunitario Neonatal

Guía para promover la Salud Materna y Neonatal con Actores Sociales

MINISTERIO DE SALUD DEL ECUADOR
OPS/OMS ECUADOR
PROYECTO MSP CIDA OPS/OMS



Atención Integrada a las Enfermedades
Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Quito, Ecuador Agosto 2009

La Salud ya es de todos !



Ministerio de Salud Pública



GOBIERNO NACIONAL DE LA
REPÚBLICA DEL ECUADOR



Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international



AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dra. Caroline Chang Campos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes
SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Jhon Cuenca
SUBSECRETARIO DE EXTENSIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Marcelo Aguilar
SUBSECRETARIO REGIONAL DE SALUD, COSTA E INSULAR

Dra. Carmen Laspina Arellano
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dr. Eduardo Yépez García
DIRECTOR NACIONAL DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

Dr. Walter Torres Izquierdo
LÍDER DE SALUD DE LA NIÑEZ





AUTOR

Dr. Luis Gutierrez Alberoni, OPS-OMS

COORDINADORES

Dr. Walter Torres Izquierdo

Ing. Lupe Orozco Ramos

Dr. Oscar Suriel

GRUPO TÉCNICO DE REVISIÓN FINAL

Dra. Janeth Campoverde - Azuay

Dra. Julia Palacios - Guayas

Dra. Cecilia Huacon Bravo - Salitre - Guayas

Dr. Milton Jaramillo Vásquez - Imbabura

Dra. Yolanda Checa - Ibarra - Imbabura

Dr. Luis Narváez - Otavalo - Imbabura

Dra. Maribel Galarza - Los Ríos

Dr. Juan Ochoa - Baba - Los Ríos

Dr. Ricardo Mesías L. - Vinces - Los Ríos

Dr. Luis Muñoz Palacios - Pichincha

Dra. Graciela Mediavilla - Pichincha

Dra. Veronica Vergara Reyes - Cayambe - Pichincha

Lcda. Silvia Alexandra Álvarez - Tabacundo - Pichincha

Ing. Lupe Orozco Ramos - Nivel Central

PRESENTACIÓN

El contexto actual del Ecuador es el de un país en transición: por una parte la acumulación histórica de inequidades evidenciadas en indicadores socioeconómicos en general, y sanitarios en particular (como la muerte materna y neonatal) y por otra parte la construcción de un Estado garante progresivo de derechos, para lo cual se pone en marcha la transformación sectorial de salud, cuyos principios son la equidad, universalidad, interculturalidad, calidad, sin costo directo para el usuario o usuaria y con garantías explícitas y tangibles.

La presente Guía busca complementar los esfuerzos iniciados con el Plan de Reducción de Muerte Neonatal, del Plan Acelerado de Reducción de Muerte Materna y neonatal y de otros procesos que buscan disminuir la mortalidad materna y neonatal y construir salud en estas etapas de la vida que requieren un abordaje continuo del ciclo de vida. Necesitamos entonces compartir la metodología de trabajo comunitario con actores sociales, por ser una manera directa, pragmática, sencilla, pero al mismo tiempo potente en la intervención para enfrentar el problema de la muerte materna y neonatal.

Considerando las diferentes realidades, el eje de la intervención radica en fortalecer el de la visión de los que la compo-
mismos después
lizado la necesi-
problema, inician
conocimiento de
nacidos que viven
des ámbito de su
para llegar, a pe-
dificultades que
familia a través de
tores sociales de

**La
mortalidad
materna y la
mortalidad neonatal
constituyen una prioridad y
referente político, ético
y financiero para el
MSP y el Gobierno
Ecuatoriano**

establecimiento,
recursos humanos
nen para que ellos
de haber interna-
dad de enfrentar el
acciones desde el
gestantes y recién
en las comunida-
responsabilidad,
sar de la serie de
se tienen, a cada
los diferentes ac-
una comunidad.

Obviamente se requiere decisión: es una cuestión previa y operativa para el trabajo sin él no es posible sino acciones aisladas de muy buena intención (de personas) pero no institucional, por ello la conducción y liderazgo para enfrentar el perfil epidemiológico local y dentro de ésta la morbimortalidad materna y neonatal requiere deliberada decisión y debe contar además con el apoyo de las direcciones de Salud de los niveles provinciales y nacionales del MSP.

Se requieren algunas condiciones de los servicios de salud, como garantía en la oferta de servicios, es decir capacidades cercanas de resolución, estamos hablando lugares donde se resuelvan los problemas de referencia de salud materno y neonatal, incluyendo cesáreas, atención adecuada al recién nacido, reanimación del mismo con personal calificado, generalmente los centros denominados cabezas de Red cuentan con dicha fortaleza, dentro de esa Red se requiere que funcionen además capacidades de comunicación (radio, teléfono u otro medio) y capacidades de referencia adecuados a establecimientos de mayor complejidad si fuera necesario.

Ponemos a vuestra consideración un modelo de intervención de AIEPI Comunitario en el área neonatal y que por la naturaleza del continuo, pues la madre gestante es determinante en la salud del recién nacido, este documento debiera ser al mismo tiempo un permanente borrador para que los niveles operativos y las direcciones de Salud, la analicen, discutan, modifiquen... pero actuando con una orientación clara para enfrentar la muerte materna y neonatal.

Dra. Caroline Chang Campos

Ministra de Salud del MSP Ecuador

**OPERATIVAMENTE LA SALUD MATERNA, LA DEFINIMOS
COMO EL ESTADO EN UN CANTÓN O PARROQUIA:**

DONDE SE CONOZCA A TODAS LAS GESTANTES Y QUE EL CIENTO POR CIENTO DE ELLAS EJERCITEN LOS CONTROLES PRENATALES ADECUADOS Y CON CALIDAD (MINIMO 5 CPN), QUE EL CIENTO POR CIENTO TENGAN ACCESO A PARTO INSTITUCIONAL Y AL SEGUIMIENTO POSTPARTO Y QUE LOS ACTORES SOCIALES Y LA POBLACIÓN CONSIDEREN COMO UN VALOR SOCIAL A LAS MUJERES GESTANTES Y QUE POR LO TANTO GENEREN CONDICIONES PARA ESTA CONSTRUCCIÓN DEL VALOR SOCIAL DE CADA MADRE GESTANTE.

**DE IGUAL FORMA, OPERATIVAMENTE LA SALUD DEL
RECIÉN NACIDO LA PODRÍAMOS DEFINIMOS COMO:**

LA SITUACIÓN EN QUE EL CIENTO POR CIENTO DE RECIÉN NACIDOS Y MENORES DE 2 MESESES SON ATENDIDO POR PERSONAL CALIFICADO, INICIA LA LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA MEDIA HORA DE VIDA, TIENE EL REGISTRO DE RECIÉN NACIDO EN EL PRIMER MES, ES VACUNADO CON LA BCG Y EN LA AMAZONÍA TAMBIÉN ES VACUNADO CON LA DOSIS CERO DE ANTIHEPATITIS B Y QUE LA POBLACIÓN Y SUS ACTORES SOCIALES SE MOVILIZAN, CONSTRUYENDO EN ELLOS PRESENTE Y FUTURO DE ECUADOR CIUDADANOS CON DERECHOS.

Propósito: *El componente comunitario neonatal de AIEPI con actores sociales, busca la participación de los diferentes actores de la comunidad, para acercar la posibilidad de un parto institucional, disminuyendo la brecha geográfica, cultural y económica de las poblaciones excluidas apoyándose en la participación de los actores sociales.*

Objetivo General de la Intervención Comunitaria Desde Salud:

Contribuir en la reducción de la muerte materna y neonatal a través de estrategias y metodologías que fortalecen la vigilancia comunal, la visita domiciliar focalizada y la movilización de los actores sociales para construir prácticas sociales que disminuyan la brecha geográfica y cultural y se posibilite un parto institucional que garantice la salud de la madre, el recién nacido y el menor de dos meses.

I. Primer Objetivo Específico

Establecimientos de Salud que han incorporado una metodología rápida para conocer en tiempo real, cuantas mujeres en gestantes, recién nacidos y menores de dos meses existen, en el cantón y parroquias a través del concurso de ACS, líderes y personas que contribuyen con esta información.

II. Segundo Objetivo Específico

Que los actores sociales de una realidad determinada, inicien el proceso de movilización social a través de un Plan de trabajo construido en un Taller local de Planificación de base, partiendo de los problemas de salud materna y neonatal que exista.

III. Tercer Objetivo Específico

Que los actores sociales conozcan las prácticas familiares saludables y estén compartiendo con la población y familias los mensajes clave con evidencia científica que promueven la salud materna y del recién nacido.

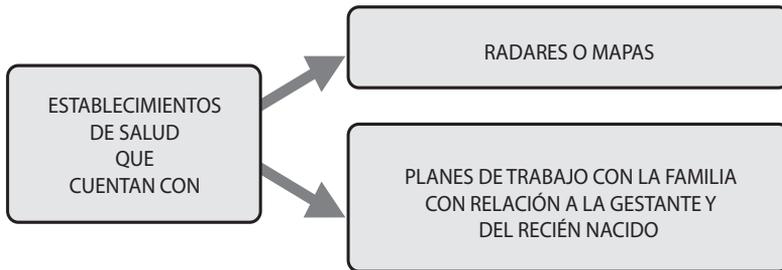
IV. Cuarto Objetivo Específico

Que el personal de salud desarrolle el monitoreo y evaluación del proceso comunitario en vigilancia comunal, con participación de actores sociales a través de indicadores trazadores en salud materna y neonatal.

METODOLOGÍA OPERATIVA A PARTIR DE LOS OBJETIVOS

I. DESARROLLO DEL PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

“Establecimientos de Salud que han incorporado una metodología rápida para conocer en tiempo real, cuantas mujeres gestantes, recién nacidos y menores de dos meses existen, en el cantón y parroquias a través del concurso de ACS, líderes y personas que contribuyen con esta información”.



¿Cuáles serían los resultados esperados de este primer objetivo?

R 1: Establecimientos que han construido el Radar de “todas” las gestantes y de los recién nacidos hasta los dos meses de edad que viven en las comunidades ámbito de su responsabilidad

R 2: Establecimientos de salud que han tipificado a las gestantes y recién nacidos a través de los radares y que tienen un plan de trabajo para el seguimiento.

R 3: Establecimientos que han fortalecido el trabajo con la comunidad en general: organizaciones de base, instituciones públicas y privadas, ACS y otros y que producto de esta relación se han mejorado y actualizado permanentemente los radares.

R 4: Que los establecimientos de salud estén desarrollando la visita domiciliaria a la población sujeto: gestantes, madres lactantes y neonatos a través del personal de Salud, Equipo EBAS y ACS, de acuerdo a prioridades establecidas.

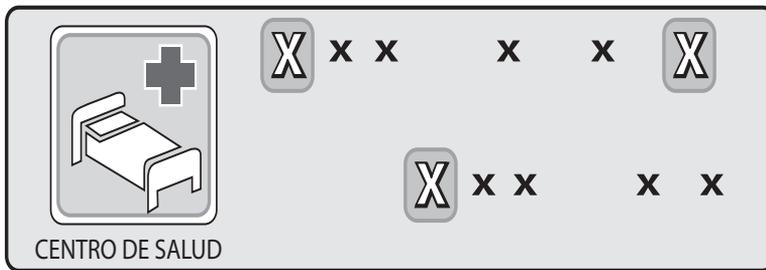
¿Cómo hacemos para conocer a todas las gestantes y a todos los recién nacidos ?

Partir de lo concreto: ¿cuántas gestantes, y recién nacidos están viviendo en el ámbito de responsabilidad del establecimiento de Salud? Entonces existirá un radar o mapa de gestantes y otro radar de madres lactantes y niños menores de un mes de edad.

¿Qué es un radar o mapa?

Es un instrumento gráfico que muestra a todas las mujeres gestantes y los recién nacidos y niños hasta los dos meses de edad que viven en un momento determinado en el espacio geográfico, ámbito de responsabilidad del establecimiento de Salud. Idealmente donde existe un recién nacido, debería existir la madre lactante. Es decir se pueden construir dos tipos de mapas: una de gestantes y la otra de madres lactantes y niños menores de 2 meses. Los criterios de esta división obedecen al tipo diferenciado de intervención en consejería y orientación de la visita domiciliaria.

Por el carácter dinámico es constantemente modificado, contando para su actualización con la información de los ACS (promotores y parteras) y los actores sociales involucrados. El radar debe permitir visualmente distinguir los embarazos de todas las mujeres, de los neonatos y mujeres lactantes, particularmente aquellas que tienen condiciones que reflejan vulnerabilidad como analfabetismo, historia de muertes neonatales anteriores, mujer sola, adolescente embarazada, a estas las denominaremos que tienen factores de riesgo.



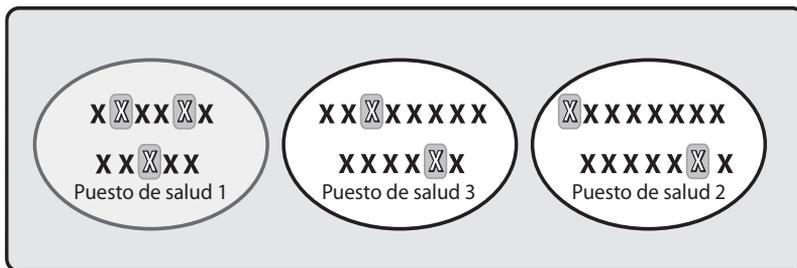
Por ejemplo: en la representación precedente se visualiza la existencia en tiempo real de 11 gestantes y dentro de ellas 3 () que tienen factores de riesgo (por ejemplo gran múltipara y mayores de 35 años). Este es el registro inicial, importante para focalizar la intervención bajo el concepto de riesgo. Igualmente se debe construir otro mapa de neonatos y madres lactantes.

- **¿Cuál es la utilidad de los radares?**

En primer lugar sirve para conocer cuántas gestantes y neonatos con madres lactantes existen en un momento determinado en un espacio geográfico, ámbito de influencia y cobertura de un establecimiento de salud o Red de Salud. Si se carece de ésta información es muy probable que las acciones que inicie un establecimiento en relación con las actividades para promover un embarazo y parto seguro, inicio de lactancia materna, identificación de señales de peligro, sean intenciones buenas, pero, lamentablemente no se podrá demostrar el beneficio de una intervención basada en el mejoramiento de la calidad de los servicios y en el trabajo comunitario en particular.

- **¿Cómo se construyen?**

Los establecimientos de salud han venido elaborando los denominados radares o mapas a través del registro de las gestantes que acuden a dichos servicios de salud, es decir hasta hoy registran los nombres y ubicación de las gestantes que acuden a los servicios de salud. No obstante en el registro actual de la mayoría de los radares de gestantes no están “todas” las gestantes y generalmente si, las que viven cerca de los establecimientos. Quiere decir el Radar que impulsamos es aquel que registre a “todas las gestantes” “a todos los menores de 28 días” “a todas las madres lactantes”.



Tipificación de algunas variables de vulnerabilidad en las familias

Se consideran familias susceptibles de estar en riesgo desde el solo hecho de que exista una madre gestante o un niño recién nacido.

Existen otras condiciones adicionales que colocan a una familia en condición de riesgo, dependiendo de las características locales u otras consideraciones:

	<i>Criterios para PRIORIZAR FAMILIAS EN RIESGO</i>
Criterio 1	Familia con mujeres gestantes
Criterio 2	Familia con gestante, madre de 4 hijos o mas
Criterio 3	Familia con gestante de 35 años o mas
Criterio 4	Familia con gestante adolescente
Criterio 5	Familia con antecedente de una o mas muertes de niños menores de cinco años
Criterio 6	Familia que viven a dos o mas horas del centro de salud mas cercano (con medico o personal de enfermería)
Criterio 7	Familia con madre analfabeta o que hable exclusivamente su lengua nativa
Criterio 8	Familia con niño menor de 2 meses.
Criterio 9	Familia con antecedente de 1 muerte perinatal (fetal-neonatal), y/o Materna.

	Sugerencia de encuesta rápida a las madres en sus hogares preguntando
1	Está embarazada?
2	Cuánto tiempo hace que tuvo la ultima regla?
3	Cuántos hijos tiene?
4	Qué edad tiene usted?
5	Alguno de sus hijos murió?
6	A qué edad?
7	A cuánto tiempo queda el Servicio de Salud más cercano?
8	Usted podría leer este fragmento?
9	Puede explicar lo que ha leído?

En la aplicación de la encuesta pueden participar personas vinculadas a cualquiera de las Organizaciones sociales que se vinculan a la Red Comunal de apoyo a la salud de la madre y del niño.

Después de aplicar la encuesta en cada una de las familias de su comunidad establezca el nivel de prioridad que cada una de las familias requiere. Aquí presentamos una sugerencia para hacerlo, que le puede servir para organizar la visita domiciliaria y priorizar en tiempos la misma:

Prioridad	Concepto	Medida
Familia de prioridad A	Familia con probabilidades muy elevadas de presentar problemas de salud perinatales o prevalentes de la infancia	Posee 2 o más criterios de riesgo referidos
Familia de prioridad B	Familia con probabilidad superior al riesgo promedio de presentar problemas de salud perinatales o prevalentes de la infancia	Posee 1 solo criterio de riesgo referido
Familia de prioridad C	Familia con riesgo medio de presentar problemas de salud perinatales o prevalentes de la infancia	No posee ninguno de los criterios de riesgo referidos

Recuerde que todas las gestantes en cualquier momento pueden presentar signos de peligro. Esta clasificación solo es para determinar el trabajo comunitario, priorizando las visitas domiciliarias y el trabajo compartido con los actores sociales.

Visitas a las familias en riesgo

Elabore una programación de visitas periódicas a las familias en riesgo

Esta actividad puede realizarla el personal de salud, Equipo EBAS o el ACS que estén capacitados

Durante la visita se realizarán las siguientes actividades:

- Aconsejar a la mujer gestante, la madre y la familia en relación al cuidado en cada fase del ciclo vital: mujer-madre-recién nacido.
- Aconsejar a la madre y la familia en relación con la gestación de la madre.

- Conversar con la madre y la familia acerca de las prácticas claves.
- Realizar la autopsia verbal en caso de haberse producido la muerte materna o del recién nacido.
- Luego de la visita, el ACS debe actualizar el nivel de riesgo de la familia en su mapa o croquis.

Organización de la referencia y contrarreferencia comunitaria

- En cualquier momento pueden presentarse situaciones de riesgo para la salud de las mujeres gestantes y los recién en cualquier familia de la comunidad y no únicamente en las familias en riesgo
- Todas las redes de actores locales sensibilizados en la AIEPI pueden apoyar en la identificación de situaciones o comportamientos de riesgo para los niños en la comunidad y referirlos para su atención a los servicios de salud.

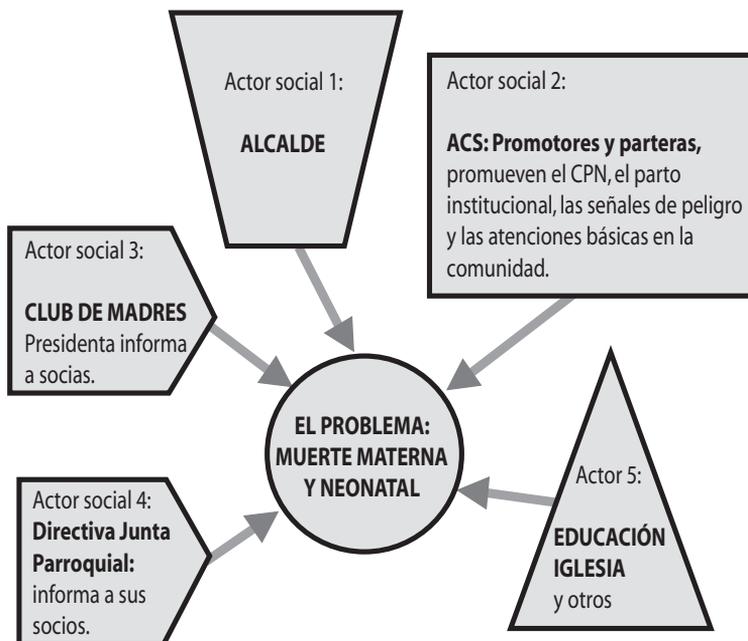
Seguimiento periódico de la vigilancia comunitaria

Para asegurarse que el sistema de vigilancia funcione bien, se deben considerar los siguientes puntos:

- Se realizan las visitas con la regularidad acordada
- En las visitas se realizan todas las actividades acordadas
- La calidad de las actividades realizadas es adecuada
- Se cumplen con los formatos de referencia.
- Se da seguimiento a la contrarreferencia.
- Se hacen autopsias verbales y se entrega la información a los servicios.

II. DESARROLLO DEL SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

“Que los actores sociales de una realidad determinada, inicien el proceso de movilización social a través de un Plan de trabajo en un Taller local de Planificación de base, partiendo de la mortalidad materna y neonatal que exista”.



¿Qué resultados esperaríamos de los actores sociales?

R 1: Que todos los actores involucrados, analicen las causas y consecuencias de la muerte materna y neonatal a través de un taller de Planificación de base, el mismo que concluya con un Plan de trabajo.

R 2: Los actores sociales han puesto a disposición las casas de espera para las gestantes que tienen problemas de acceso geográfico.

R 3: Actores sociales y población han identificado los medios de comunicación y transporte para la referencia oportuna en casos de emergencia materna neonatal.

R4: Que la población haya incorporado como un derecho y un deber el cuidado de la gestante, de la atención del parto y que conozca y aplique las practicas clave protectoras de la gestante y del recién nacido y lactante.

¿Cómo desarrollamos la participación de los actores sociales?

- **Primero la decisión y el posicionamiento de Salud**

Para iniciar el trabajo con actores sociales a nivel local, además de identificarlos, se requiere estar con la información de la magnitud de los problemas materno y neonatal que existen. Para ello el primer objetivo contribuye a construir la argumentación en base a datos: Por ejemplo...” *En determinado Cantón el 50% de los partos son domiciliarios y han fallecido el año pasado 8 madres gestantes” o “En el Cantón el año pasado han fallecido 45 niños menores de un mes y tenemos aproximadamente un 40% de subregistro”* Esta información solo será posible si se cuenta con la participación de los ACS, líderes y otros que actualizan y dan insumos a los radares construidos.

- **Luego hacemos la Abogacía a los Actores Sociales de nuestra comunidad**

Luego del posicionamiento inicial que define concientemente la decisión de iniciar el proceso de trabajo con actores sociales y que se cuenta con información de la magnitud del problema se hace la Abogacía local o incidencia política a los actores sociales identificados en el nivel local y son los jefes, directores, coordinadores los que serán visitados para presentar la situación en el Cantón y al mismo tiempo invitar a “compartir” el trabajo y para ello se convoca un Taller de Planificación de base.

Para que el taller de Planificación de base convoque realmente a los actores debe tomarse el tiempo para que el Actor que inicia (Salud) ya posicionado, visite, envíe una carta, se apoye por los medios locales y otras estrategias sinérgicas de comunicación para lograr posicionar al otro (Actor social visitado).

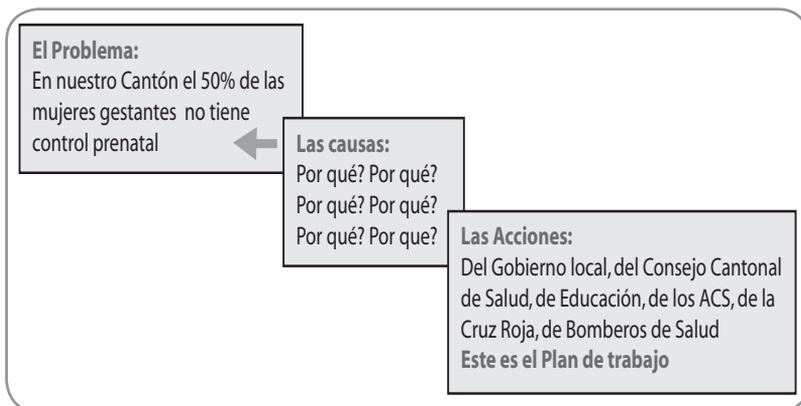
El Taller de Planificación de base y el Plan de trabajo

En el taller de Planificación de base en el que participan los jefes, coordinadores o directores cada uno con sus equipos de trabajo, los mismos que tendrán que concluir con un plan de trabajo que es el efecto directo de su participación. El Taller metodológicamente para iniciar la participación, donde el dialogo se da como una necesidad constructiva, parte de problemas concretos, por ejemplo:

- *“En determinado Cantón el 50% de los partos son domiciliarios y han fallecido el año pasado 8 madres gestantes”*
- *“En el Cantón el año pasado han fallecido 45 niños menores de un mes y tenemos aproximadamente un 40% de subregistro” o*
- *“El año 2007 solo el 50% de los niños hasta 12 meses se inscribieron en registro civil”*
- *“Del total de las mujeres gestantes solo un 50% tienen control prenatal”*
- *“Solo un 60 % son partos hospitalarios, es decir el 40% de madres tienen el parto en sus casas, por lo que los recién nacidos no reciben la atención adecuada”*

Con estos problemas los actores sociales y la población se pregunta constantemente el ¿Por que? El por que reiterativo, además de dinamizar la participación, busca las razones inmediatas y alejadas, para finalmente cada actor social y la población exprese... ¿entonces que hacemos? ¿Como hacemos? Con ¿que hacemos? ¿Quienes participamos? ¿Cuando nos evaluamos. Esta última parte constituye el

Plan de Trabajo de los actores sociales para contribuir a construir salud materna y neonatal.



III. DESARROLLO DEL TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

Que la población conozca los mensajes clave de las prácticas saludables con relación a la mujer desde el periodo pre-concepcional, de la gestante recién nacido y niño menor de dos meses, así mismo conozcan las señales de peligro en ambos periodos del ciclo de vida.

El objetivo precedente persigue los siguientes resultados:

R1: Que los actores sociales estén difundiendo, informando a la población practicas clave relacionada a la mujer gestante, lactancia materna, vacunaciones prenatales y el ejercicio del derecho a la salud.

R 2: Que los mensajes clave para la familia, redes familiares y población en general con relación a las prácticas saludables para la mujer gestante y recién nacido se tomen como valores y principios de la sociedad y sus actores.

Los principales espacios de socialización para los niños son la familia (con determinados conocimientos, prácticas, costumbres, situación económica) y la escuela y para los adultos, la familia y la comunidad con sus organizaciones (con costumbres, cultura variada, tradiciones y usos en la vida y salud, tecnología de producción, relaciones económicas y servicios básicos, etc.)

En los pequeños círculos de relación en los que se desenvuelven los niños y en los más amplios como los grupos, clubes u organizaciones comunales que frecuentan los adultos, y sus actividades esporádicas o periódicas, se reproducen los patrones culturales de la localidad hechos de valores, conocimientos y prácticas.

Este es el contexto en que se da el intercambio oral, escrito, gestual entre los pobladores de una localidad a través del cual recibe y aportan información personal ú otra, opiniones, experiencias, ideas, que aceptan o rechazan. A partir de ellas imitan conductas de otros, incorporándolas en la conducta que reflejan en el hogar. Es así como a través de la interacción social la comunidad influye en la educación de sus habitantes.

Recordemos que la comunidad es el medioambiente físico y social en el que se desenvuelven las actividades vitales de la población -grandes y niños - en medio de procesos de socialización y relaciones interpersonales.

La familia reproduce, pues, lo que personalmente aprenden y expresan sus miembros participando en la dinámica de la comunidad y comunicándose con los actores que intervienen en los procesos de socialización de la localidad.



La comunicación de las prácticas y mensajes clave

Para motivar a todas las personas de la comunidad a adoptar nuevas actitudes o comportamientos es necesario un proceso planificado de comunicación multicanal basado en las inquietudes o aspiraciones de las familias respecto a la vida y salud de sus niños planteadas en el componente comunitario de la estrategia AIEPI, las necesidades identificadas en el proceso crítico de planificación de base y sus creencias y prácticas actuales priorizadas durante la línea de base. Así mismo, es necesario intervenir en los espacios de socialización promoviendo el diálogo entre los diversos protagonistas y el intercambio de información y comprensión de las prácticas clave con metodología problematizadora. El desarrollo de condiciones para su ejercicio y la valoración social de las prácticas clave reforzará su aplicación por las familias.

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

En el componente comunitario de la estrategia AIEPI es clave el proceso de reflexión, conversación y actuación a partir de una motivación de la experiencia o interés personal o familiar. En este caso, la motivación es la salud de la mujer gestante y del niño menor de un mes a través de una visita ú otra ocasión presencial. Los actores sociales que por función mantienen relación periódica con las familias de la localidad son:

- El personal de salud
- Los agentes comunitarios de salud
- Los voluntarios de salud, cuando realizan visitas a familias
- Los maestros en sus reuniones de padres de familia

Estos actores tienen la posibilidad y cumplen una función - desde el punto de vista de la comunicación - más educativa.

COMUNICACIÓN COLECTIVA CON LAS FAMILIAS

En el componente comunitario de la estrategia AIEPI es imprescindible que las familias encuentren un ambiente favorable al cumplimiento de las prácticas clave que refuercen su decisión de ponerlas en práctica, así como de motivación constante a permanecer en su aplicación. Los mecanismos de socialización y transferencia de patrones de conducta deben alimentarse de prácticas clave y transferirlas.

Los actores sociales que tienen roles públicos y oportunidades colectivas para influir en tales mecanismos de la localidad son:

- El alcalde
- Las Organizaciones de Base
- Las Iglesias
- Los medios de comunicación quienes, además, llevan mensajes a las familias.

Estos actores tienen la posibilidad y cumplen una función y pueden construir condiciones como las casas de espera para gestantes, colaborar en el Plan de Referencia ante emergencias y pueden adicionalmente construir políticas locales a favor de la madre y del recién nacido.

ENTONCES LOS ESPACIOS DE COMUNICACIÓN DE CADA ACTOR SOCIAL:

Espacios de comunicación propios de los trabajadores de salud

- **Públicos:** padres de familia, dirigentes, familia, comunidad.
- **Oportunidades:** atención intramural, actividades extramurales.

Espacios de promoción propios de los agentes comunitarios de salud.

- **Públicos:** familias, comunidad.
- **Oportunidades:** visitas domiciliarias, participación en actividades comunales.

Para la consejería a los usuarios de los servicios u otras actividades de atención colectiva, te podrá servir la serie de mensajes clave (lo que toda la familia debe saber).

Espacios de comunicación propios del maestro:

- **Públicos:** padres de familia, alumnos, dirigentes y otros maestros.
- **Oportunidades:** reuniones con padres de familia, actividades escolares, participación en la comunidad, actividades entre docentes.

Espacios de comunicación y actuación propios del alcalde:

- **Públicos:** autoridades, dirigentes, directivos de instituciones privadas, población
- **Oportunidades:** reuniones de coordinación y concertación, convocatoria a la participación, y acciones de gobierno

Para apoyar la iniciativa del gobierno local en la convocatoria y estímulo a la participación en el desarrollo de la localidad y la salud de la mujer gestante y el neonato.

Espacios de comunicación propios del dirigente de organizaciones de base

- **Públicos:** asociados, dirigentes de otras organizaciones de base
- **Oportunidades:** reuniones de la Organización, actividades de la Organización, reuniones de la Comunidad, actividades de la comunidad, reuniones de la Central, actividades de la Central

Espacios de comunicación propios de las iglesias

- **Públicos:** público abierto, asociados.
- **Oportunidades:** reuniones de las asociaciones religiosas, actividades de obras de servicio social, actividades comunales.

En los servicios sociales y religiosos podemos usar la serie de mensajes clave (que todos debemos saber) y de apoyo (que explican el porqué y cómo poner en práctica los mensajes clave).

Espacios de comunicación propios de los medios de comunicación

- **Públicos:** público abierto, usuarios de programa de educación a distancia
- **Oportunidades:** informativos, programas de formación de opinión, de diversión, de educación a distancia.

Para el trabajo periodístico y de comunicación presentamos una serie de mensajes clave (lo que todos debemos saber) y de apoyo (la explicación porqué y cómo poner en práctica los mensajes clave) para ser usadas en las oportunidades previstas.



MENSAJES SOBRE LAS PRÁCTICAS CLAVE



PRÁCTICA CLAVE:
*Lactancia materna exclusiva hasta los
seis meses*

MENSAJES CLAVE:

- * La leche materna es el primer y mejor alimento que da vida a los bebés.
- * Inmediatamente, desde la primera media hora de nacido, el bebe debe tomar su primer y mejor alimento: la leche materna. Recuerda que así crecerá sano, fuerte y feliz.
- * Hasta los 6 meses la leche materna es el mejor alimento para los bebés. No necesita de otro alimento ni agüitas. Se le debe dar sólo el pecho tantas veces como el bebe pida. Por lo menos 8 veces en 24 horas.

MENSAJES DE APOYO

La leche que sale del pecho poco después del parto, también llamada primera leche o calostro, es el mejor alimento para el bebé porque posee sustancias que lo protegen de muchas enfermedades. Recuerda que mientras más rápido se le de el pecho al bebé, en la primera media hora de nacido, la protección será mayor.

Cuando el bebe toma el pecho, también esta protegiendo a la mamá, porque la lactancia materna ayuda a disminuir el sangrado después del parto, de esta forma el útero se contrae con más rapidez.

Los bebés que son alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses se enferman menos que aquellos que reciben otros tipos de leche.

La lactancia materna es un acto de amor que ayuda a fortalecer los vínculos de afecto y comunicación con el bebé.

Cuanto más a menudo y más tiempo mama el bebé, más leche producirá la madre.

Si los bebés son alimentados sólo con leche materna los primeros seis meses, no necesitan tomar agua ni otro líquido para satisfacer la sed, ni siquiera cuando hace calor, porque la leche materna satisface todas las necesidades de alimentación del bebé incluyendo la sed.

La participación de la familia facilita una lactancia materna plena. El padre, los hermanos mayores, los abuelos, etc. deben realizar las actividades del hogar para que la madre disponga de más tiempo para dedicarlo a la lactancia y cuidado del recién nacido.

La leche materna es limpia, está a la temperatura adecuada y no necesita tiempo ni recursos adicionales para su preparación.

RECOMENDACIONES:

Si la madre tiene que dejar a su bebé para volver al trabajo o a la escuela, es recomendable que extraiga la leche de su pecho y la guarde en envases pequeños.

El envase debe cubrirse con una tela limpia y debe mantenerse en un lugar fresco o en la refrigeradora.

Esta leche debe ser ofrecida al bebé usando una taza y cuchara en lugar de un biberón.

Durante las siguientes ocho horas la leche se conservará en buen estado y no representará ningún peligro para la salud del bebé. Una vez transcurridas esas ocho horas, no se debe alimentar al bebé con esta leche.



PRÁCTICA CLAVE: *Afecto y estimulación*

MENSAJES CLAVE:

Las madres y los padres deben pasar más tiempo con sus hijos. El niño o la niña se desarrolla mejor cuando sus padres lo tratan con cariño, ambos están durante la lactancia, le hablan, lo acarician, le ponen música ambiental, juguetes de colores, los escuchan, y juegan con ellos. A esto se llama estimulación temprana y ayuda a desarrollar su inteligencia y le da seguridad desde que está en el vientre materno..

Los niños y niñas tienen derecho a un certificado o partida de nacimiento, y ello, entre otros beneficios, puede ayudar a que sean cobijados por programas de bienestar social y reciban atención en salud.

MENSAJES DE APOYO:

Tres momentos son especialmente importantes para que el niño o la niña reciba el cariño de su familia: cuando toma pecho o come, cuando lo cambian o bañan y al momento de dormir.

Los bebés y los niños, como los adultos, necesitan saber que tienen la aprobación de las personas importantes en su vida. Aprobarlos es aplaudirlos y felicitarlos cuando tienen éxitos. Por ejemplo, aplaudirlos cuando cogen una sonaja o simplemente cuando dicen su primera palabra.

Controle si es posible mensualmente, si el bebé, el niño o niña está creciendo en talla, peso y desarrollando habilidades.



PRÁCTICA CLAVE: **Vacunación**

MENSAJES CLAVE:

- * La mujer gestante debe recibir la vacuna antitetánica por lo menos dos veces en el periodo de gestación.
- * Inicie con la vacunación del Recién nacido: BCG y en el Amazonas la dosis cero de la vacuna para la hepatitis B.

MENSAJES DE APOYO:

Las vacunas protegen a los niños y niñas de las enfermedades más frecuentes y peligrosas como la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis, la hepatitis B., el sarampión y formas graves de tuberculosis, rotavirus, influenza, neumococo, rubéola, paperas.

Si el niño o la niña tiene resfrío, diarrea o fiebre puede vacunarse sin riesgo alguno.



PRÁCTICA CLAVE: *Higiene*

MENSAJES CLAVE:

- * Lávese las manos con agua que corre y jabón, antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer al niño/niña, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales del niño/niña.
- * Las heces, inclusive las de los niños, deben desecharse en forma segura, poniéndolas en el servicio sanitario, o en una fosa cubierta.
- * La forma más efectiva de evitar la diarrea es tomar agua segura, hervida o clorada.

MENSAJES DE APOYO:

Lavarse las manos con agua y jabón elimina y mata los gérmenes, de esta manera ayuda a proteger a la familia y a la comunidad contra las enfermedades.

Cuando muchas personas se lavan las manos utilizando la misma agua, la contaminan y transmiten los gérmenes a las otras personas. Asegúrese de lavarse las manos con agua que corre (agua corriente segura).

Todas las heces, incluyendo las de los niños, contienen gérmenes y pueden transmitir enfermedades de una persona a otra. Estos gérmenes no pueden verse a simple vista.

RECOMENDACIONES:

Las moscas están alrededor de los baños sucios. Para evitar que aumente el número de moscas en el hogar, es necesario mantener los inodoros limpios.

Si en su comunidad identifica familias que no tienen servicios sanitarios, coordine con un funcionario de Salud Ambiental o con una ONG local para la construcción o compra de losas para servicios sanitarios.



PRÁCTICA CLAVE:
Cuidado con el VIH Sida

MENSAJES CLAVE:

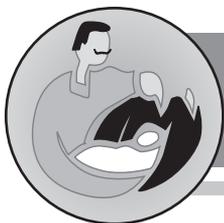
La transmisión del virus del VIH SIDA se puede prevenir a través de abstinencia, fidelidad, relaciones sexuales protegidas, y transfusiones de sangre segura.

La transmisión del virus del VIH SIDA de madre a hijo/a se puede prevenir a través de un diagnóstico temprano durante el embarazo, seguido de un tratamiento adecuado.

Las personas que viven con el virus del VIH SIDA, especialmente niños y niñas, tienen los mismos derechos y necesidades que otras personas y necesitan tratamiento, adecuada nutrición, atención, amor, educación, albergue y apoyo de las personas que los rodean (familias, comunidades y trabajadores de salud).

MENSAJES DE APOYO:

Es recomendable que madres, padres, niños y niñas viviendo con el virus participen en grupos locales de apoyo. También es deseable involucrar a toda la familia en su cuidado.



PRÁCTICA CLAVE: *Participación del Varón y de la Familia*

MENSAJES CLAVE:

Es necesaria la participación del padre durante el embarazo, en el momento del parto y en el cuidado del niño o niña y de la madre después del nacimiento.

Es derecho de la pareja decidir el número de hijos que la familia puede sostener, cuidar y educar.

MENSAJES DE APOYO:

Los hombres deben apoyar a la mujer en:

Demorar el primer embarazo hasta que la mujer haya cumplido por lo menos los 18 años de edad, reduce el riesgo de complicaciones al momento del parto.

Durante el embarazo de la madre, el hombre debe conocer los signos de peligro que indican que puede haber alguna complicación, saber como actuar y cuidar que ella cumpla con sus controles prenatales.

Al momento del parto, debe tratar que ella tenga un parto seguro atendido por personal apropiado.

Después del parto, la pareja y otros miembros de la familia deben hacerse responsables de las siguientes tareas:

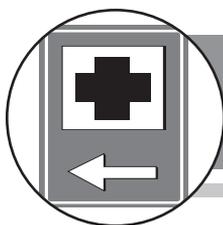
Suministrar alimentos adecuados a la madre.

Cuidar al bebé, limpiar y alimentar a los niños y niñas mayores.

Encargarse de los quehaceres de la casa: cocinar, lavar la ropa, lavar los utensilios de la cocina y limpiar la casa.

Facilitar que la madre pueda ir al servicio de salud para su control después del parto y al control del recién nacido.

Dejar pasar por lo menos dos años entre un embarazo y otro. Así se repone el cuerpo de la madre.



PRÁCTICA CLAVE:
Tratamiento fuera de la casa de un recién nacido o lactante menor

MENSAJE CLAVE:

Lleve de inmediato al niño o niña al servicio de salud si presenta uno o varios de los siguientes signos de peligro: no pueden mamar o tomar líquidos, vomita todo, tiene convulsiones, está como dormido y no puede despertar.

RECOMENDACIONES:

Si observa que el niño o la niña tiene tos y está respirando rápido - como agitado/a-, puede ser neumonía. Llévelo/a de inmediato al servicio de salud más cercano.

Si el niño o niña está deshidratado/a: tiene los ojos o fontanelas hundidas, boca seca o mucha sed y la piel al pellizcarla en la zona abdominal demora en recuperar su posición normal; déle sales de rehidratación o líquidos y llévelo de inmediato al servicio de salud más cercano.



PRÁCTICA CLAVE: *Cuidando a La Gestante y en el Post Parto*

MENSAJES CLAVE:

Las madres tienen derecho a un embarazo seguro y un bebé sano. Para ello, deben tener acceso a los servicios de salud, recibir al menos 5 controles prenatales y la dosis de vacuna antitetánica.

El primer control debe ser en los primeros tres meses del embarazo.

Es más seguro dar a luz en un establecimiento de salud que en la casa.

Si está embarazada y tiene cualquiera de estos signos de peligro: Hemorragia vaginal, vómitos excesivos, hinchazón de piernas, visión borrosa, dolor de cabeza intenso, pérdida de líquido, ausencia de movimientos del bebé, inicio de los dolores antes de la fecha de parto, busque atención médica de inmediato.

Después del parto también se pueden presentar complicaciones peligrosas. Por eso la familia debe apoyar a la madre para que acuda de inmediato a un servicio de salud si presenta alguna o varias de estas señales de peligro: mucho sangrado, descensos con mal olor, fiebre, o marcado decaimiento,

MENSAJES DE APOYO

Desde el periodo preconcepcional debe estimularse la promoción de estilos de vida saludable, el control preconcepcional en la unidad de salud, ingesta de ácido fólico preconcepcional, corregir parasitosis y anemia, infecciones etc.

En el control prenatal pídale al personal de salud que le explique cómo avanza su embarazo y le enseñe a reconocer las señales de peligro para su salud y la del bebé.

Durante el control prenatal le harán exámenes para conocer su estado de salud (Papanicolau, prueba para conocer su tipo de sangre, saber si tiene anemia o no, y prueba para infección de vías urinarias u otra que sea necesaria.)

Durante el embarazo debe aplicarse la vacuna para evitar el tétanos en el recién nacido.

Todas las embarazadas deben tomar comprimidos de hierro y ácido fólico durante el embarazo para prevenir o tratar la anemia.

Los hombres deben apoyar a la mujer en:

Durante el embarazo: conocer los signos de peligro que indican que puede haber alguna complicación y saber como actuar cuidar que ella cumpla con sus controles prenatales.

Durante el parto: Asegurar que ella tenga un parto seguro y sea atendida por personal apropiado.

Después del parto: Responsabilizarse con otros miembros de la familia de las siguientes tareas:

Suministrar alimentos adecuados a la madre.

Cuidar al bebé, y limpiar y alimentar a los niños mayores.

Encargarse de los quehaceres de la casa: cocinar, lavar la ropa, lavar los utensilios de la cocina y limpiar la casa.

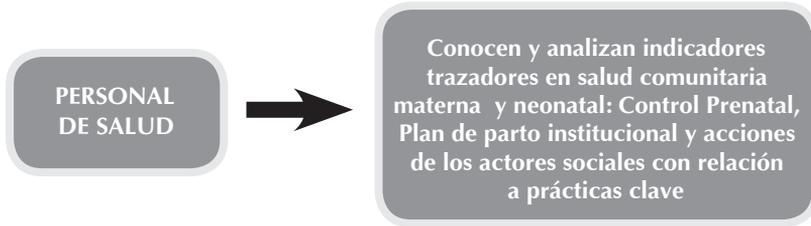
Facilitar que la madre pueda ir al servicio de salud para su control después del parto y el control del recién nacido.

La crianza de los hijos.

Dejar pasar por lo menos dos años entre un embarazo y otro. Así se repone el cuerpo de la madre.

IV. DESARROLLO DEL CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO:

“Que el personal de salud desarrolle el monitoreo y evaluación del proceso comunitario en vigilancia comunal con participación de actores sociales a través de indicadores trazadores en salud materna y neonatal”.



R1 Personal de salud y actores sociales analizan periódicamente la situación de salud materno perinatal, el porcentaje de partos institucionales y domiciliarios.

R2. Que se conoce la productividad de los distintos actores sociales: De la labor del ACS con las visitas domiciliarias y de lo que hacen los actores sociales de acuerdo al Plan de Trabajo.

Seguimiento y evaluación:

A continuación para el personal de Salud, el Jefe, Gerente y el Equipo de Gestión se sugiere indicadores trazadores del trabajo comunitario de AIEPI neonatal. Es importante señalar que para el recién nacido es determinante la salud de la madre en la gestación, en el parto y post parto, por ello no debemos separar en el seguimiento las edades de este ciclo vital.

INDICADOR	PORCENTAJE DE REGISTRO EN LOS RADARES
Radar Gestantes	Número de gestantes en el radar/Número total de gestantes en el Cantón x 100
Radar Neonatos	Número de Recién nacidos en el radar/Número total de Recién nacidos en el Cantón x 100

En todo el documento, cuando mencionamos Recién nacido, nos referimos al niño o niña desde el minuto de vida hasta los 28 días El cuadro precedente es indicador de cobertura.

a) Indicadores trazadores para el primer objetivo: radares

Asumiendo **que todas las gestantes** de un Cantón deberían ser registradas en el Radar, así mismo **todos los recién nacidos (incluyendo los menores de 2 meses)**. La realidad muestra por las características de partos domiciliarios, que la imagen objetivo de los radares debería ser el de incorporar al 100% de gestantes y recién nacidos (RN). No obstante la construcción de los radares dan cuenta progresivamente la inclusión de gestantes y RN y sobre estos radares se elaboran los indicadores de la gestión en salud materna y del RN.

Por ejemplo si en un Cantón solo están registradas 20 gestantes de las 50 que existen, quiere decir que el radar solo incluye al 40% de gestantes.

Ahora bien, con criterio de seguimiento a los radares construidos, aunque no incorporen (todavía al 100%), el seguimiento del radar mismo debería incluir:

De las gestantes que están tipificadas en el Radar

Seguimiento de	Indicador
Control Prenatal primer trimestre	Número de gestantes con CPN en el primer trimestre/ Número total de gestantes en el Radar x 100
Acido Fólico y hierro	Número de gestantes que reciben hierro y acido fólico/ Número total de gestantes en el Radar x 100
Señales de peligro	Número de gestantes con conocimiento de todas las señales de peligro/Número total de gestantes en el Radar x 100
Promoción de Lactancia Materna	Número de gestantes con consejería en Lactancia materna/Número total de gestantes en el Radar x 100
Plan de Parto	Número de gestantes con Plan de parto/Número total de gestantes en el Radar x 100

Vacuna Antitetánica	Número de gestantes con vacuna antitetánica/Número total de gestantes en el Radar x 100
Promoción de inscripción del RN en Registro en el primer mes	Número de gestantes con conocimiento de registro del recién nacido/Número total de gestantes en el Radar x 100
Embarazos adolescentes	Número de gestantes adolescentes/Número total de gestantes en el Radar x 100
Embarazos tardíos	Número de gestantes mayores de 35 años/Número total de gestantes en el Radar x 100
Actualización del radar	Número de ACS que actualizan radares mensualmente/ Número total de ACS en el ámbito local x 100

De los neonatos y madres lactantes tipificadas en el Radar:

Seguimiento de	Indicador
Parto institucional	Número de RN nacidos en hospital/Número total de nacidos vivos en el Radar x 100
Lactancia Materna	Número de neonatos que reciben LM exclusiva en la visita domiciliaria/Número total de RN en el Radar x 100
Vacunas	Número de neonatos que recibieron vacuna BCG/ Número total de neonatos en el Radar x 100 * En el caso de la Amazonía además vacuna antihepatitis B.
Inscripción del Recién Nacido	Número de RN inscritos en registro civil en el primer mes de vida/ Número total de RN en el Radar x 100
Señales de peligro	Número de mujeres puérperas con conocimiento de todas las señales de peligro en el neonato/Número total de mujeres en el puerperio en el Radar x 100

b) Indicadores trazadores para el segundo objetivo: Movilización y participación de actores sociales

Seguimiento de:	Indicador
Plan de trabajo de los actores sociales	Número de actores que participan en reuniones periódicas/ Número total de actores que participaron en el Taller de Planificación de base x 100
Gobierno local	Número de iniciativas del Gobierno local ejecutadas/ Número de acciones que el Actor comprometió en el Plan de Trabajo x 100
Educación	Número de actividades desarrolladas en educación/ Número total de actividades planteadas por Educación en el Plan de trabajo x 100
Organizaciones de base	Número de actividades desarrolladas en organizaciones de base/ Número total de actividades planteadas por las organizaciones de base en el Plan de trabajo x 100
Agentes comunitarios de Salud	Número de ACS que están desarrollando visita domiciliaria / Número total de ACS x 100

c) Indicadores trazadores para el tercer Objetivo: Practicas clave y mensajes que se están difundiendo a través de los actores sociales a las familias y población

Seguimiento de practicas clave prioritarias	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia ma-terna exclusiva • Vacunas • Higiene • Cuidado de la gestante • Señales de peligro 	<p>Número de actores sociales que están difundiendo lactancia materna exclusiva/ Número total de actores sociales involucrados x 100</p> <p>Número de escuelas que están abordando practicas prioritarias/ Número total de escuelas del ámbito local x 100</p> <p>Número de profesores informados en practicas prioritarias/ Número total de profesores del ámbito x 100</p> <p>Número de lideres de organizaciones de base capacitadas en practicas clave priorizadas/ Número total de organizaciones de base en el ámbito x100</p> <p>Número de lideres de organizaciones de base informando a sus organizaciones los beneficios de las practicas priorizadas/ Número total de organizaciones de base en el ámbito x100</p> <p>Número de ACS que hacen la promoción de practicas priorizadas// Número total de ACS en el ámbito x100</p>
Gobierno local	Acciones y actividades que favorecen las condiciones para mejorar el acceso a gestantes, la referencia oportuna y la política local
Educación	Acciones y actividades que desde Educación se están construyendo para mejorar la salud materno y neonatal
Medios de Comunicación	Mensajes de prácticas clave que los medios de comunicación están emitiendo o recreando.
Consejos cantonales y Juntas parroquiales	Acciones que los Consejos Cantonales y Juntas parroquiales están desarrollando a favor a la mujer gestante y el neonato.

GLOSARIO DE TERMINOS:

ACS: El promotor o la Partera es denominada genéricamente como Agente Comunitario de la Salud

EBAS: Equipo básico de Salud, nueva modalidad de atención primaria de la salud en Ecuador, constituida por cinco profesionales de la salud para el trabajo comunitario y tienen territorialidad y población asignada.

Actores sociales: Las diferentes instituciones publicas o de la sociedad civil que están en un determinado espacio (Educación, Iglesia, organizaciones de base, medios de comunicación, salud)

Planificación de base: Ejercicio participativo de los diferentes actores sociales frente a problemas determinados, por ejemplo frente a la muerte materna o neonatal en una determinada provincia.

Educación problematizadora: Educación basada en problemas y a partir de los mismos se busca acciones concretas.

Plan de trabajo de los actores sociales: Plan personalizado de cada uno de los actores sociales que participa en un taller de planificación de base. Lista de actividades registradas para contribuir con la salud materna y neonatal.

Plan de parto: Plan de la familia sobre el futuro de la atención del parto, construida con el ACS, el personal de salud y algún líder de la comunidad, incluye el tiempo anterior para desplazarse (acercarse) a los establecimientos de salud.

Provincia: División política de Ecuador. Ecuador es una Republica que tiene 24 provincias (nivel subnacional)

Cantón: División político administrativa del Estado inmediatamente por debajo de la Provincia.

Parroquia: División política al interior del cantón y cuya máxima autoridad es la Junta Parroquial

Practicas clave: Conjunto de comportamientos basados en evidencias que contribuyen con la salud materno infantil desde las familias.

