

TALLER REGIONAL PARA PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS MATERIALES AIEPI COMUNITARIOS

Durante los días del 15 y 16 de abril de 1999, se llevó a cabo en República Dominicana, el taller de presentación y análisis de los materiales “Conversando con las Madres sobre AIEPI” y el “Curso AIEPI para Agentes Comunitarios de Salud”.

La reunión contó con la participación de más de 100 delegados de seis países de la Región de las Américas: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú y República Dominicana.

Esta reunión fue apoyada por: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Agencia de Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) Fondo de las Naciones para la Infancia (UNICEF), Grupo CORE Y Cooperación Española y traduce los esfuerzos Interagenciales para continuar implementando la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en los países de la Región de las Américas para mejorar las condiciones de los niños, reducir los niveles de enfermedad y muerte causadas por las principales enfermedades de la niñez, mejorar la atención en los servicios de salud y promover la aplicación de las medidas preventivas para la atención del niño en el hogar y acciones de promoción de la salud.

DR. HECTOR EUSEBIO, DIRECTOR A.I. MATERNOINFANTIL/REPÚBLICA DOMINICANA

Bienvenidos funcionarios visitantes de nuestro país y de organismos internacionales, amigos todos, invitados, invitadas, en nombre de la Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social, de su titular la Dra. Altigracia Guzmán Marcelino y de todos los funcionarios de la cartera, sean todos y todas ustedes bienvenidos a este taller regional. Esperamos que como siempre en República Dominicana, los mensajeros de la buena voluntad que luchan por el bienestar de la humanidad y que trabajan por la salud de nuestros pueblos continúen en esta ardua labor. Siempre serán usted bienvenidos y bienvenidas y tienen nuestros brazos abiertos.

Esperamos que estos días de trabajo arrojen los mejores resultados para que la estrategia AIEPI siga creciendo a nivel nacional y mundial. Esperamos que disfruten del calor humano que nosotros los dominicanos y dominicanas sabemos brindar.

DRA. SOCORRO GROSS GALEANO, OPS/REPÚBLICA DOMINICANA

Nos encontramos reunidos en un evento de seguimiento a la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), estrategia muy importante para República Dominicana y para todos los países aquí presentes.

En la región de las Américas todavía mueren alrededor de un cuarto de millón de niños por enfermedades prevenibles debido principalmente a enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición y sarampión, de las cuales los índices de mortalidad han ido disminuyendo. Sin embargo seguimos teniendo muertes en niños, que irrespetan el derecho fundamental a la vida. Ya

que un niño cuando nace tiene derecho a la vida. Derecho que es violado cuando un niño muere por una enfermedad que es fácilmente tratable y prevenible, por lo tanto lo que hoy estamos haciendo al reunirnos en este taller es impulsar acciones con los países y apoyarlos en el desarrollo tanto de estrategias como de metodologías que impacten realmente en la salud de los niños.

Las personas que hemos trabajado en los servicios de salud sabemos que hablar con las madres no es fácil, pero que es necesario, ya que esto es una limitante en la atención en el servicio, debemos buscar una alternativa si queremos que exista un cambio, el material “Conversando con las Madres sobre AIEPI” es una alternativa.

Los materiales de AIEPI Comunitario dirigido a los Agentes Comunitarios de Salud, llámese a estos de diferentes formas en cada país, como por ejemplo Promotores de Salud, Educadores de Salud, Gestores o Agentes de ONG's que trabajan en la comunidad, son materiales que van a ser utilizados por todos y cada uno de ellos; estos materiales requieren ser analizados, revisados y puestos en práctica, en beneficio de la salud de todos los niños.

DR. OSVALDO LEGON UNICEF TACRO/REPÚBLICA DOMINICANA

Es la segunda ocasión que se ha escogido a República Dominicana como sede para una actividad de AIEPI, esto constituye el esfuerzo que se hace en este país por mejorar la salud de la población infantil y en particular para llevar adelante esta iniciativa de Atención Integral a las Enfermedades que afectan a la Infancia.

Así fue como en el año de 1997, se celebró aquí la primera reunión sobre AIEPI y se emitió la declaración de Santo Domingo, la cual es un compromiso de todos los países participantes de mejorar la problemática de las enfermedades Prevalentes en la Infancia, además se planteó como uno de los retos, desarrollar el componente comunitario de AIEPI. UNICEF asumió la responsabilidad particular de cooperar con esta iniciativa, el Comité Interagencial, integrado por la OPS, OMS, USAID, Grupo CORE ha logrado analizar los materiales que serán discutidos en esta reunión y que definitivamente muestran todo lo que se ha progresado en el desarrollo del componente comunitario de AIEPI.

Pensamos que el aporte del componente comunitario de AIEPI, no solo debe servir como una herramienta de capacitación para agentes comunitarios sino que además debe introducir en la comunidad un elemento nuevo de reconocimiento a un cambio de actitud en las personas que permanecen con los niños y una transformación de las condiciones de salud de los niños.

DR. RAFAEL SCHIFFINO SESPAS/REPÚBLICA DOMINICANA

En un país tropical, como República Dominicana, las enfermedades que nos afectan, durante los últimos cincuenta años se han manifestado con indicadores deprimentes en cuanto a mortalidad materna y mortalidad infantil; reportes de 1996 de la encuesta ENDESA nos informa que la mortalidad infantil en nuestro país fue durante 5 años entre 46 y 50 por mil nacidos vivos, así mismo la mortalidad materna entre 180 y 230 por cien mil. En ese año el país a través de su Secretaria de Estado y Salud Pública toma la decisión de realizar una movilización nacional que involucra a todos los sectores de la vida nacional tanto Organismos Gubernamentales, como No gubernamentales, y a la comunidad en pro de la reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna.

Al iniciar el proceso notamos como, instituciones que nunca habían participado en Salud como los Scoutt e instituciones del estado de diferente orden, se vinculan en la búsqueda de mejorar los indicadores de salud en el país. La SESPAS en ese proceso de búsqueda de estrategias para la reducción de enfermedades como la Malaria, el Dengue, la rabia, y para la muerte que en un 95% de los casos se producía en los recintos hospitalarios, inició un proceso de cambio de actitud del recurso humano e implementó un nuevo modelo que permitiera mejorar la calidad de la atención a los usuarios en las instituciones.

Por esto en 1997 se toma la decisión política a través de un decreto de la Presidencia de la República, de crear las Direcciones Provinciales de Salud y las Direcciones Municipales en el distrito nacional, dividiendo el distrito en cinco municipios, estas direcciones provinciales trabajarían de una forma descentralizada, para lograr pasar de las decisiones burocráticas, centralizadas tardías, a decisiones locales técnicas, oportunas para mejorar esos indicadores de salud.

Podemos mencionar dos casos que nos indican que la decisión fue correcta: el ciclón George, donde Salud Pública tuvo informes de comunidades que estuvieron incomunicadas por más de tres días pero todas las acciones en salud en esa comunidad se realizaron oportunamente, con eficiencia y eficacia evitando muchas muertes. Esto fue por el equipo de Dirección Provincial que trabajó tomando decisiones propias con lo que tenía y con la comunidad para resolver los problemas que en ese momento aquejaban a la población; El otro ejemplo, en diciembre de 1998 luego de dos años que República Dominicana no reportara ningún caso de sarampión, por medio del turismo aparecen 23 casos de sarampión. En el mes de febrero comenzamos a recibir estos casos y en marzo tomamos la determinación de vacunar a una población que oscila entre seis meses y 14 años, la cobertura de la vacunación contra el sarampión nunca había superado el 60%, con esta acción de las Direcciones Provinciales, logramos una cobertura por encima del 90% por que estas direcciones han llegado a los lugares más inhóspitos y montañosos donde habitan personas que nunca pensaron que Salud Pública llegaría.

Este es un reflejo de que el proceso de descentralización esta marchando cada día. Fortaleciendo las Direcciones Provinciales s y Municipales, esperamos que el proceso continúe.

En 1996 la R.Dominicana dentro de su plan de reducción de la mortalidad infantil adopta la estrategia AIEPI como el instrumento para llegar a las comunidades y para dar los servicios de atención en nuestros recintos hospitalarios. Creamos las normas de atención a los niños de 0 a 5 años como forma de reglamentar la capacitación de todos nuestros recursos en salud, proveedores de servicio y en regiones como Pedernales, donde no llegan los especialistas, por ser una zona muy lejana, se ha capacitado a los médicos generales en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y la atención ha mejorado. Hoy observamos que el médico y la enfermera con conocimiento de las normas de atención de AIEPI, han mejorado la calidad en la atención lo que redundo en disminución de complicaciones de enfermedades para los niños y en disminución de costos para el estado dominicano.

En 1998 observábamos que teníamos que cambiar para que los servicios llegaran con mayor equidad a nuestra población, y tomamos la decisión de un nuevo modelo de atención en el país que entrelaza los tres niveles de atención en una red para que todos respondieran a un mismo esquema de tratamiento, de transferencia y retrotransferencia de un nivel a otro. Entonces se crean los equipos de salud familiar, conformados por un médico general capacitado en salud familiar dentro del proceso de trabajo-capacitación con una población asignada de 500 0 700 familias, acompañado de una enfermera, un técnico capacitado en salud familiar y promotores de salud, se encargaran de promo-

ver con la comunidad 25 acciones de salud en este nivel local: atención a la diarrea, atención a la infección respiratoria aguda, planificación, cáncer de mama, etc. Llevando su estadística con una ficha de cada familia y un equipo capacitado en acciones de integración de la comunidad hacia el plan de salud de reducción de la mortalidad infantil y materna que es nuestra principal prioridad.

Esta estrategia de AIEPI Comunitario se va a integrar a este esquema de capacitación que nosotros hemos diseñado para los equipos de salud familiar, de los que se espera que dentro de esa población asignada no exista un niño sin vacunas, no exista una embarazada sin chequeo prenatal, sin toxoide tetánico, sin quien la refiera oportunamente a un nivel superior para que tenga un parto saludable. Este nuevo modelo de atención se ha iniciado también en los barrios marginales que circundan la periferia del Distrito Nacional con 20 equipos de salud familiar.

La capacitación que nosotros esperamos para estos equipos es un reto, por que esperamos en cinco años cubrir a un 80 % de la población con Atención Primaria. Esperamos que en República Dominicana como apoyo a este modelo de atención se integren organismos de cooperación ya que de esta manera podremos combatir esos indicadores que nos colocan dentro de los 11 países con mortalidad materna por encima de 200 y mortalidad infantil por encima de 40.

La estrategia AIEPI, esta dando resultados en República Dominicana por que estamos comprobando con la disminución de la mortalidad infantil los beneficios de la misma.

PONENCIAS

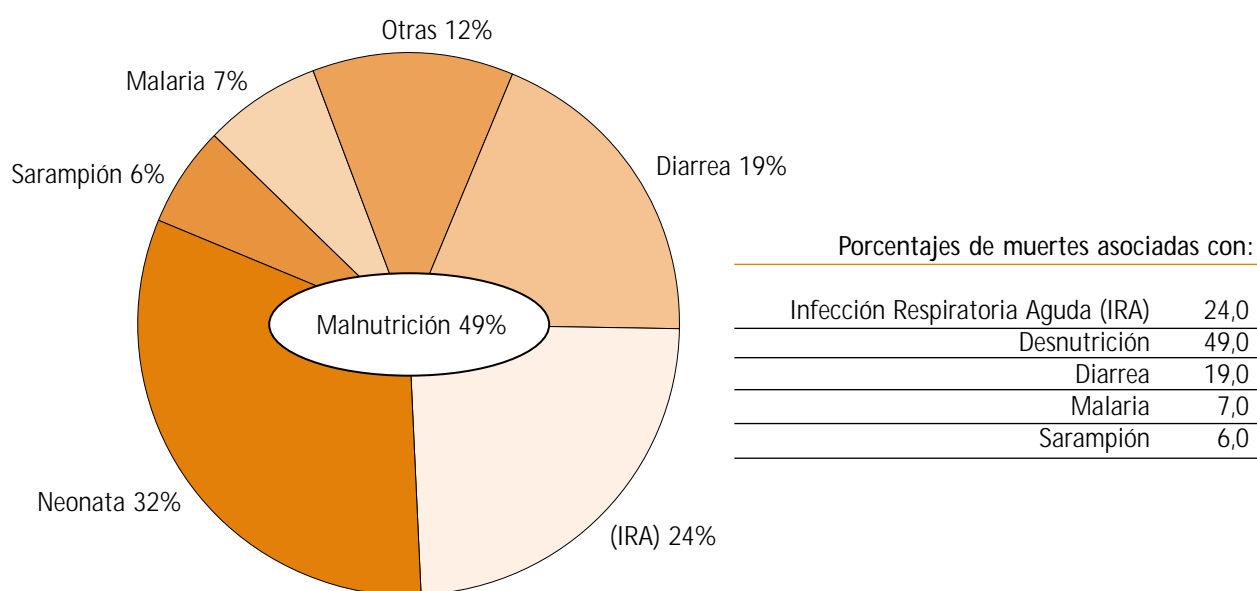
LA VISION DE USAID SOBRE AIEPI A NIVEL COMUNITARIO Y DEL HOGAR

USAID

Dr. Alfred Bartlett

Desde septiembre de 1997 en América y en el mundo hemos visto un gran progreso en el desarrollo de la estrategia AIEPI y ustedes tienen mucho crédito en este progreso.

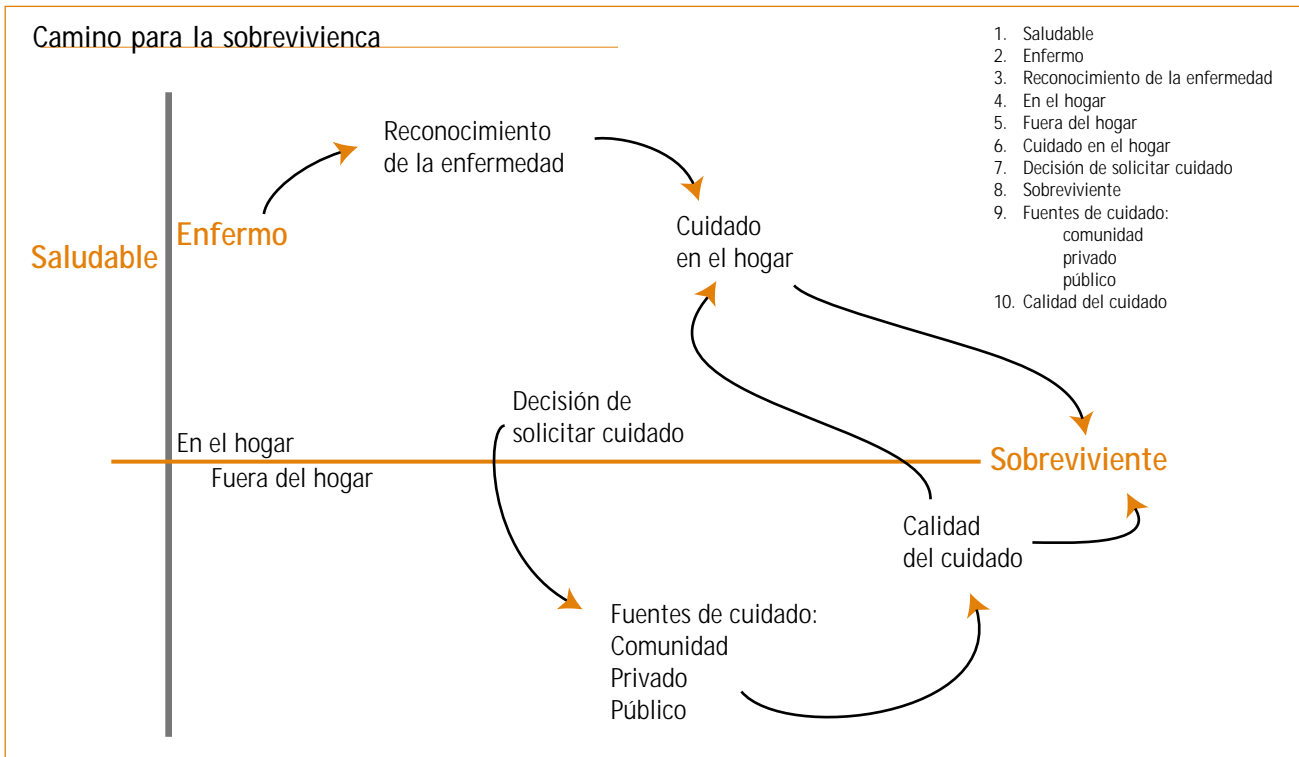
Principales causas de mortalidad en menores de 5 años en países en vía de desarrollo



Estamos aquí por que creemos que la estrategia de AIEPI, es mucho más que una respuesta apropiada para reducir la mortalidad infantil y de niños en los países.

Ustedes han visto esta gráfica circular en muchos sitios, esta representa cual es la intención de AIEPI.

El papel del componente de la comunidad y del hogar en AIEPI es ayudar a enfrentar el reto de reducir la tasa de mortalidad.



Para AID el componente comunitario tiene como proceso preguntarse ¿por qué mueren los niños?, sí nosotros tenemos intervención efectiva para prevenir esas muertes. Para pensar en eso se ha desarrollado “El Camino hacia la Sobrevivencia” que en sus primeras formas se dirige a los niños cuando se enferman. El enfoque en el niño enfermo, como vemos a la izquierda, tiene intervenciones importantes que deben llegar al niño que esta bien, para promover su salud, pero pensando un momento nada más en el niño enfermo, hay una serie de decisiones que se tienen que tomar para que un niño sobreviva. La primera es el reconocimiento de la severidad de la enfermedad, y la necesidad de recibir cuidado en el hogar, por ejemplo la terapia de rehidratación, que por si sola puede salvar y conservar la vida del niño. La segunda decisión es la de buscar atención fuera del hogar.

La línea que separa las cosas claves que suceden dentro de la casa y fuera de ella tienen que ver con el acceso a los servicios de salud cuando el niño se enferma, y la decisión de buscar atención en diferentes fuentes como en el sector privado, público o en la comunidad. Para todos esos niños la calidad del cuidado que reciben donde quiera que vayan puede ser un determinante para sobrevivir.

Independientemente del tipo de atención que se busque, ésta genera algunas acciones para cuidar al niño en el hogar que conllevan a decidir posteriormente si el niño está enfermo y requiere nuevas atenciones, o ha mejorado y puede continuar con cuidados en el hogar. Vemos que hay un enlace y que vuelve a su cuidado en la casa, si el niño no se mejora o si se empeora tiene que haber otro proceso para buscar ayuda de nuevo, y los asuntos sobre la calidad de ese cuidado, considerando nada más el caso del niño enfermo, vemos así la importancia de alguno de los pasos en el hogar y en la comunidad, antes de llegar a los servicios.

En un área urbana fuera de La Paz, vimos a los niños que mueren por IRA y diarrea, ¿por qué mueren esos niños?:

El Alto Bolivia: muertes por IRA y diarrea _____

60%	—	Reconocimiento tardío
99%	—	No recibió el cuidado apropiado en la casa
42%	—	Murió sin alcanzar ningún proveedor de Salud
39%	—	Usó proveedores comunitarios
5%	—	Recibió cuidado de calidad de cualquier proveedor

En el 60% de los niños, las familias no reconocieron a tiempo la severidad de la enfermedad para actuar efectivamente aunque tuvieran acceso a los cuidados médicos, en un 99% prácticamente ninguno de los niños recibió cuidado apropiado en el hogar, el 42% murió sin llegar a un primer nivel de atención y de aquellos que buscaron ayuda un 39% la mayoría utilizaron fuentes comunitarias al principio o durante la enfermedad. Y solo el 5% recibió atención con calidad apropiada. Muchos fracasos en la atención sucedieron en la comunidad, por lo tanto entendemos la importancia de extender la estrategia AIEPI a nivel de la comunidad.

A partir de septiembre del 97 la discusión sobre AIEPI comunitaria nos ha permitido expandir nuestro pensamiento hacia la atención del niño, implementando las acciones que promueven la salud y previenen la enfermedad de los niños.

Estamos en una fase de mucha discusión sobre cual es el contenido de AIEPI Comunitario, tenemos que dar muchas gracias a UNICEF a OPS a OMS y también al grupo CORE por estar en esta discusión.

Comportamientos claves relacionados con la disminución de la mortalidad infantil _____

Promoción de la Salud Prevención de la Enfermedad	Reconocimiento de Enfermedades, Cuidados en casa y Búsqueda de Cuidados	Personal de Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia y alimentación adecuada • Consumo de Micronutrientes • Lavado de Manos o Higiene • Mosquiteros • Inmunización 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de la enfermedad • Cuidados caseros apropiados • Signos de peligro e indicadores para búsqueda de cuidado • Búsqueda de cuidado apropiado • Aceptación de referencia • Cuidado continuo 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad en la Atención Primaria • Referencia

Conocemos las principales causas de mortalidad infantil y las conductas promocionales y preventivas que podemos implementar, además de las medidas para responder a la enfermedad cuando ocurre, por ejemplo lactancia materna, alimentación apropiada, suplementación con vitamina A, hierro, higiene y agua segura, estas son acciones que podemos realizar para prevenir las enfermedades que ocasionan el 70% de las muertes de los niños en el mundo en desarrollo.

El AIEPI Comunitario hace mucho más que simplemente tratar al niño enfermo. Llega a tener un enfoque promocional y preventivo; esta visión de integrar lo promocional con lo preventivo y curativo continúa desarrollando los factores claves que se tienen en cuenta para proteger a los niños;

acciones que deben tomarse en diferentes lugares, en el hogar, en la comunidad y también en los sistemas de salud. Por lo tanto entendemos que las conductas claves de prevención se aplican en los diferentes ámbitos. Pero el reconocimiento de la enfermedad, el aceptar o recibir cuidado y referirlo al lugar de acuerdo a sus posibilidades, son decisiones a nivel de la comunidad.

Hemos aprendido y tenemos muchas experiencias para compartir sobre acciones importantes para prevenir la mortalidad y para mejorar el cuidado del niño enfermo, por ejemplo proponer y organizar Club de Madres y fomentar canales de información en la comunidad etc. En las comunidades se puede promover programas de prevención y recursos para el cuidado de la salud, pueden movilizar-se para apoyar los factores claves; por ejemplo de Higiene, de agua, de saneamiento ambiental.

También hay otras acciones que se pueden tomar en la comunidad cuando los niños se enferman, estas son reconocer cuales son las señales de peligro, decidir sobre la búsqueda de ayuda, también se pueden organizar grupos de apoyo para movilizar dinero y grupos comunitarios para proveer transporte drogas, suministros, modelos farmacéuticos comunitarios en los que muchas organizaciones tienen experiencia y finalmente la posibilidad de extender las partes claves del tratamiento a la comunidad, cuando el acceso a los servicios es limitado.

Finalmente a nivel de los servicios de salud, también se desarrollan actividades preventivas para el niño sano como por ejemplo: evaluación de la condición de salud, la vacunación, y la suplementación con micronutrientes y por otra parte se hace la referencia oportuna del niño enfermo.

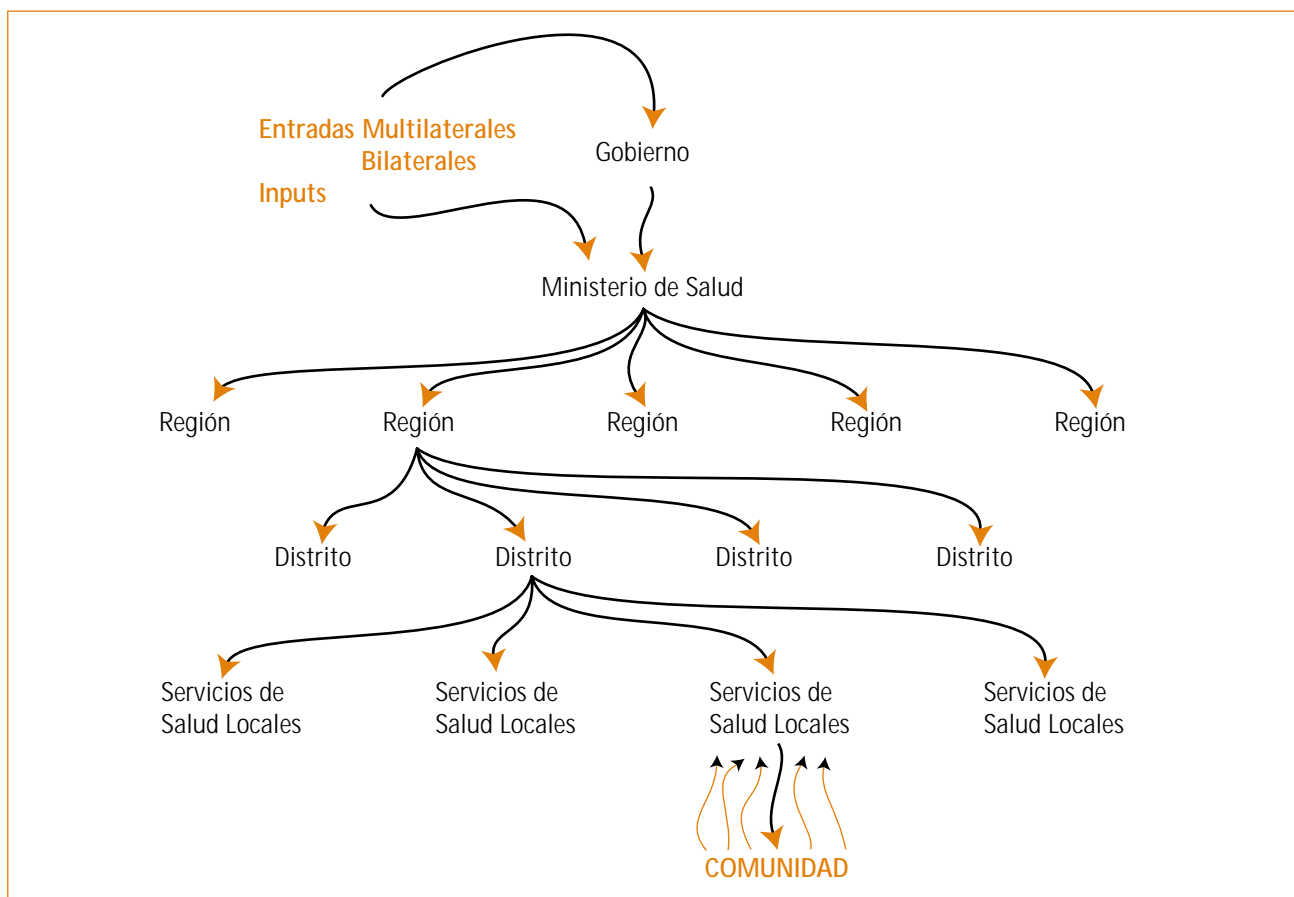
Por todo lo anterior, resumimos a continuación lo que hace el AIEPI Comunitario a nivel de la comunidad y del hogar:

	SALUDABLE		ENFERMO
h o g a r	<ul style="list-style-type: none"> Promoción/Acciones Preventivas <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Higiene - Mosquiteros - Etc. 		<ul style="list-style-type: none"> Reconocimiento Cuidado Casero Búsqueda de Atención Continuar Cuidados Caseros Aceptación de Referencia
c o m u n i d a d	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de Apoyo (Mujeres, Escuelas, Iglesias, Etc) Información Recursos Apoyo para aspectos claves (Mosquiteros, Sistemas de Agua, Etc.) Organización para Investigaciones de campo (Vacunación, Micronutrientes, Etc.) 		<ul style="list-style-type: none"> Información Apoyo para Referencias (Transporte, Fundaciones de Emergencia, etc.) Drogas y Provisiones (Farmacias Comunitarias, Sector Privado, etc.) Tratamiento
s e r v i c i o s	<ul style="list-style-type: none"> Investigaciones de campo Evaluación del Estado Nutricional Información y Consejería Inmunización y Micronutrientes 		<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento Referencias Consejería (continuar cuidados caseros)

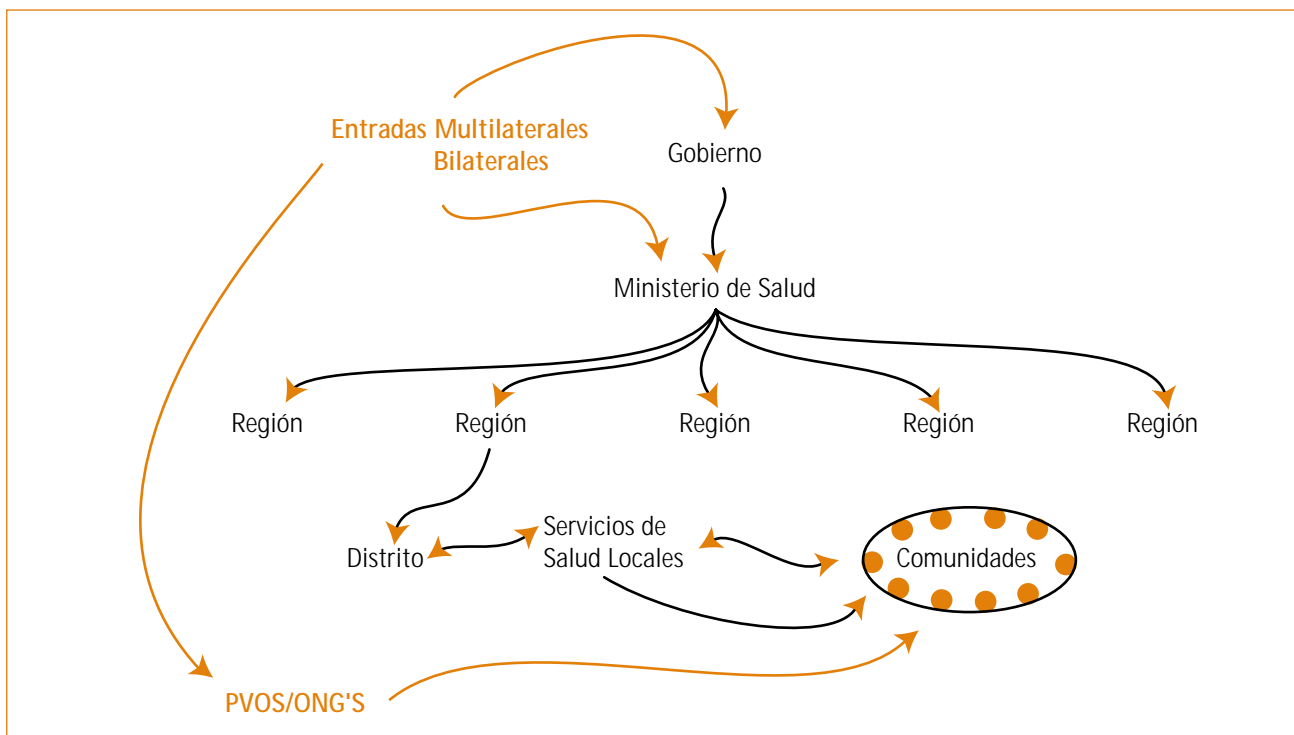
Los ACS son una contribución importante para extender el tratamiento de los niños a nivel de las comunidades pueden proveer información sobre niños enfermos para desarrollar acciones con grupos, organizaciones, canales y recursos a nivel de las comunidades. El enfoque que estamos presen-

tando hoy es un segmento importante pero no es todo, hay mucho más que nosotros debemos hacer para implementar el AIEPI Comunitario y en el Hogar.

Tradicionalmente los gobiernos han manejado en el área de la salud estructuras centralizadas, programas que van del nivel central a los distritos y regiones y finalmente a los grupos comunitarios, que recibían supervisión directa de los Ministerios de Salud, donde los ACS sabían que su papel era conseguir ayuda para sus niños



Pero ese modelo ha cambiado mucho, actualmente reconocemos que los distritos tienen poder para generar recursos propios y son responsables de la vigilancia y manejo de la Atención Primaria en Salud. Las comunidades ya no son agentes pasivos, sino activos y tienen un papel en la vigilancia de la calidad del cuidado y el uso de fondos a nivel local, y participan en el proceso político a nivel del distrito, en muchos casos ellos contratan el personal de salud para proveer atención y son responsables con los otros grupos y organizaciones que están involucrados en actividades de la comunidad en mejorar la salud del niño.



El AIEPI Comunitario proporciona una fortaleza para lograr en las comunidades y a nivel del distrito mejorar la salud de los niños.

Finalmente quisiera señalar algunos retos que estamos enfrentando para la implementación del AIEPI Comunitario en una escala apropiada; lo que estamos haciendo es un esfuerzo para tomar un elemento del AIEPI Comunitario, que es la capacitación de los Agentes Comunitarios de Salud y convertirlo en un programa, tenemos muchas experiencias positivas en lugares pequeños.

Para convertir esto en un programa a nivel nacional, tenemos que crear asociaciones con grupos, algunos de esos grupos están aquí representados, pero existen otros que tendremos que identificar para poder empezar a trabajar con ellos y hacer que esto funcione.

Muchas veces los bancos o algunas instituciones no saben donde colocar los recursos para apoyar los esfuerzos de la comunidad y tenemos una estrategia que nos indica donde. El unir recursos financieros con las acciones que propone la estrategia, nos permite avanzar del concepto a la práctica, lo que constituye el principal reto de esta reunión.

Son muchos retos, no creo que vayamos a enfrentar todos los retos aquí en esta reunión, gracias por esta oportunidad de comenzar a darnos a realizar esa visión de lo que significa el AIEPI Comunitario y en el Hogar.

Desafíos de AIEPI para el hogar y la comunidad

- Implementar a escala
- Involucrar socios
- Equilibrar la estructura propuesta con adaptaciones e innovaciones.
- Compartir (no reinventar), experiencias exitosas
- Definir y conocer la necesidad de recursos.

Un acercamiento a una comunidad integrada y orientada al mejoramiento de la salud del niño

Para UNICEF es importante presentar a continuación algunos elementos que permiten contextualizar el desarrollo de este taller, respecto al papel de la comunidad en el mejoramiento de la salud de los niños.

Antecedentes

- Once millones de niños mueren en países en desarrollo antes de cumplir los cinco años.
- El éxito para reducir esta mortalidad requiere mayor participación de familias y comunidades.
- El aumento es evidente cuando los padres del niño y quienes le dan cuidado no reconocen las señales tempranas de peligro y no buscan un cuidado apropiado.

Los siguientes son los objetivos macro, que consideramos se requieren para alcanzar esta disminución de la mortalidad infantil;

Objetivos

- Mejorar el cuidado de niños saludables y enfermos en el hogar, y mejorar los búsqueda de cuidado.
- Mejorar la asesoría y el servicio en los diferentes sistemas de salud (gobierno, ONG, privado), y entre los profesionales tradicionales.

UNICEF Y LA OMS han acordado 12 reglas de práctica familiar que posibilitan el cumplimiento de estos objetivos y que al ser difundidos en las comunidades, fortalecen a las familias, madres, niños y a aquellos que les dan cuidado:

1. Lactar a los infantes exclusivamente con leche materna por lo menos durante 4 meses y si es posible hasta los 6 (teniendo en cuenta las políticas de OMS/UNICEF/USAIDS y las recomendaciones sobre el HIV y la alimentación del infante).
2. Comenzar al rededor de los seis meses de edad, alimentar a los niños con alimentos complementarios frescamente preparados, ricos en nutrientes y energéticos, mientras se continúa con la lactancia materna hasta los 2 años o más.
3. Proveer a los niños con cantidades adecuadas de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), bien sea en su dieta o mediante suplementos.
4. Llevar los niños a una serie completa de inmunizaciones (BCG, DPT, PVO y sarampión) antes de su primer cumpleaños.
5. En las áreas endémicas de malaria, asegurarse que los niños duermen debajo de mosquiteros tratados con insecticidas recomendados.
6. Promover el desarrollo mental y social del niño respondiendo a sus necesidades para su cuidado, estimulándolo por medio de charlas, juegos y otras interacciones físicas y afectivas apropiadas.
7. Continuar alimentando y dando más líquidos a los niños cuando estén enfermos.
8. Dar a los niños enfermos un tratamiento casero adecuado para las infecciones.
9. Reconocer cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llevarlos para el cuidado de su salud al proveedor apropiado.

10. Seguir las recomendaciones dadas por trabajadores de salud con relación al tratamiento, seguimiento y remisión.
11. Desechar las heces cuidadosamente (incluyendo las de los niños), lavarse las manos con jabón después de la defecación antes de preparar las comidas y de alimentarlos.
12. Asegurarse que cada mujer embarazada recibe las 4 visitas prenatales recomendadas, las dosis recomendadas de vacuna del toxoide tetánico, y que este apoyada por la familia y la comunidad en la búsqueda de un cuidado apropiado, especialmente en el momento del parto y durante el período de postparto / lactancia

Estas prácticas requieren de diferentes niveles de compromiso y del desarrollo de estrategias claves por parte de la sociedad:

Implementación a cuatro niveles: _____

- Nivel Familiar
- Nivel de Comunidad
- Nivel Institucional / distrito
- Nivel Político

Estrategias claves _____

- Mayor reconocimiento del desempeño de las familias y las comunidades en el cuidado de los niños.
- Una estrategia de comunicación local, específica para promover las 12 reglas de práctica familiar después de la adaptación a las necesidades locales.
- Mejorar el contacto con aquellos que dan cuidado y con las familias.
- Participación de la comunidad en la recolección, análisis y retroalimentación de su información, para estimular y mantener sus acciones
- Capacidad de construir organizaciones e instituciones basadas en la comunidad para apoyar las acciones de la misma.
- Planeación Distrital enfocada hacia la salud integrada del niño.
- Política de diálogo para facilitar y estimular las acciones comunitarias.

Para la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI, con el grupo inter-agencial se han definido como principios los siguientes:

Principios de implementación _____

- Asegurar una programación con un enfoque basado en derechos de los niños.
- Construir en los programas existentes de la comunidad, estructuras y prácticas buenas.
- Promocionar el desarrollo local con el objeto de lograr la acción y la participación de la comunidad.
- Asegurar la complementación entre programas definidos, por ejemplo EPI y las iniciativas para el control de las enfermedades simples, y basados en un enfoque comunitario.
- Crear asociaciones que faciliten el objetivo de las iniciativas propuestas por la comunidad.
- Planear y orientar de acuerdo a los mayores problemas que se presenten en los niños de 0 a 3 años de edad y en madres gestantes / lactantes.
- Utilizar estructuras descentralizadas y establecer o fortalecer colaboración intra/inter sectorial.

Los siguientes son ejemplos de pasos posibles para la adaptación al país y a niveles locales:

Pasos de implementación _____

Paso 1:

Nivel de interés nacional y disponibilidad: Identificar socios claves, establecer un grupo de trabajo intersectorial y revisar la información disponible en lo que concierne a niños, práctica de reglas familiares y comunitarias.

Paso 2:

Planificación inicial a nivel nacional: Desarrollo de la estrategia y pautas regionales de adaptación.

Paso 3:

Introducción y planificación en un grupo focalizado; recolección de información básica.

Paso 4:

Capacidad constructiva a nivel de distrito y comunidad: Capacitación de entrenadores, de personal de recursos comunitarios, desarrollo de estrategia basada en la comunicación del distrito.

Paso 5:

Identificación y planeación con comunidades, aldeas.

Paso 6:

Desarrollo de planes y apoyo en aldeas enfocado a los niños.

Paso 7:

Implementación de planes de aldeas, incluyendo la movilización de recursos comunitarios y el mejoramiento de la logística comunitaria.

Paso 8:

Monitoreo y evaluación.

Por último mencionamos los retos que enfrentamos todos los que creemos en la importancia de vincular a la comunidad al desarrollo del componente comunitario de AIEPI para alcanzar esa meta de reducir la mortalidad infantil:

Retos

- 1 Cómo lograr colaboración intersectorial en la salud, nutrición, higiene y educación.
- 2 Cómo localizar y orientar las familias y las comunidades de difícil acceso.
- 3 Establecer un sistema de monitoreo basado en la comunidad para estimular el aprendizaje y la participación amplia de la comunidad.
- 4 Desarrollar una estrategia de comunicación efectiva.
- 5 Movilizar recursos para apoyar intervenciones basadas en la comunidad.
- 6 Indicadores para controlar / evaluar las intervenciones.

Para aquellos que no han conocido las PVO, son organizaciones voluntarias privadas, mejor conocidas con el termino de ONG's. El Grupo CORE esta involucrado en el cuidado de la salud comunitaria, como parte del esfuerzo del desarrollo. Actualmente involucra un grupo colaborativo de 140 países, por lo tanto representa uno de los grupos de salud más grandes del mundo, con un presupuesto acumulativo de la membresia de mas de 2 billones de dólares por año.

Grupo CORE:

Grupo de Recursos y Colaboración para la Supervivencia Infantil

CORE, una asociación sin ánimo de lucro de Estados Unidos, que ha participado en los programas de subsidio a la supervivencia del niño con USAID/BHR/PVC'S

Trabaja como una Unidad Colectiva: Grupo CORE PVOs

- *Tiene establecida una infraestructura en nuestros 140 países.*
- *Representa uno de los más grandes grupos de salud internacional.*
- *Presupuesto Global de mas de US\$2 Billones anuales.*

PVOS Actual

- *Socio activo en el Sector de la salud y en el Desarrollo Comunitario.*
 - *Programas: Servicio, entrenamiento, TA*
 - *Presencia local permanente*
 - *Socio de los Ministerios de Salud y ONGs locales*
 - *Base de financiación diversa: privada, bilateral e internacional*
- *Salud, Alivio, Educación, Hábitat, Microempresa*

En el CORE Group se incluyen las Organizaciones Privadas y Voluntarias de USA (PVOs) activas en la Supervivencia de Niño.

Organizaciones No Gubernamentales organizadas bajo las leyes de EE.UU. que reciben contribuciones de caridad del publico en general comprometidas con programas comunitarios de salud como parte de sus esfuerzos para el desarrollo internacional.

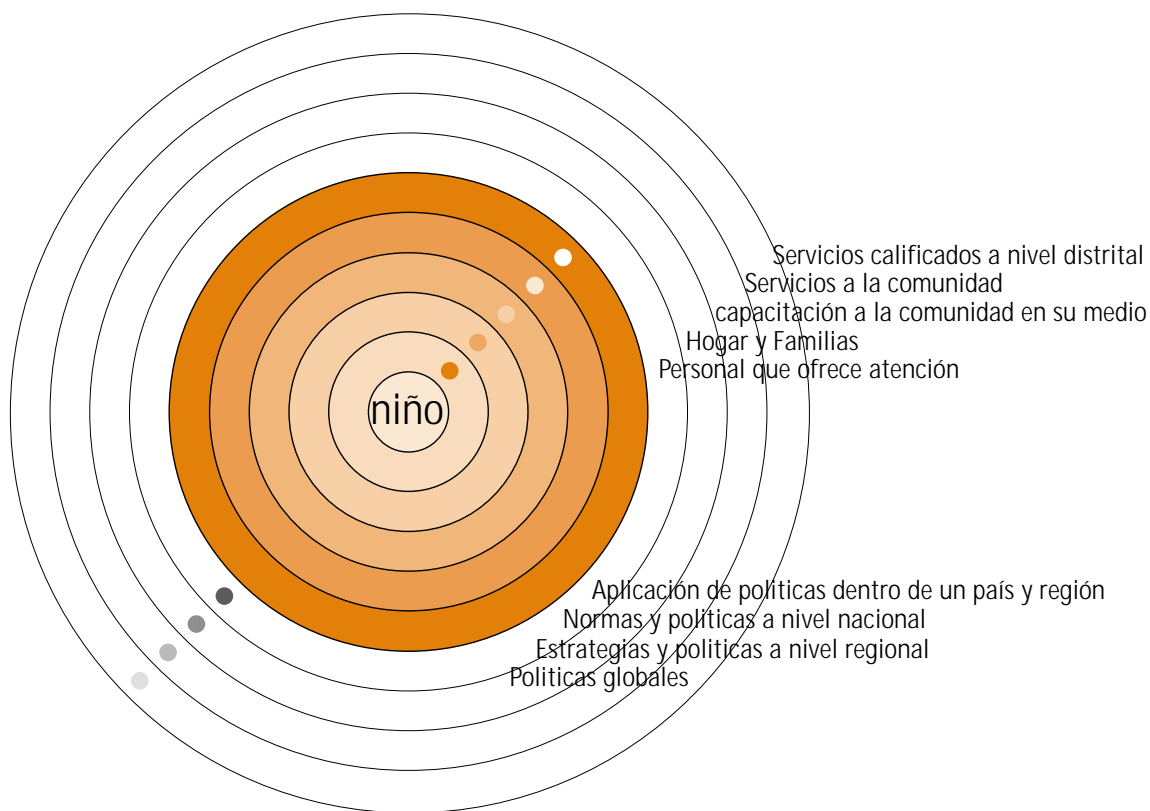
A continuación se presenta la lista de miembros integrantes del Grupo CORE:

Miembros de la organización del grupo Core

- Adventist Development & Relief Agency International
- Africare
- African Medical and Research Foundation
- Aga Khan Foundation USA
- Andean Rural Health Care
- Catholic Relief Services
- Christian Children's Fund
- Cooperative For Assistance & Relief Everywhere
- Concern Worlwide USA
- Counterpart International
- Esperanca
- Food For The Hungry International

- Foundation of Compassionate American Samaritans
- Freedom From Hunger
- Helen Keller International
- International Eye Foundation
- Islamic African Relief Agency
- La Leche
- League International
- Medical Care Development International
- Mercy Corps International
- Minnesota International Health Volunteers
- Partners For Development
- Program For Appropriate Technology in health
- Pearl S. Buck Foundation
- Population Services International
- Plan internacional de USA
- Project Concern International
- Proyecto HOPE
- Salvation Army World Service Office
- Save the Children
- Save the Children/DC
- World Relief
- World Visión

El rol de las ONG's en la estrategia de Atención Integrada a la Infancia



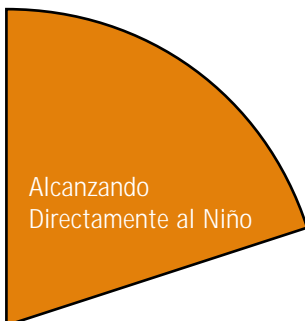
Estas ONG's, están muy involucradas a nivel global, regional, nacional y también a nivel del distrito y de la comunidad; en la programación, capacitación y asistencia técnica, formando asociaciones con Ministerios de Salud e Instituciones Gubernamentales y ONG's locales, teniendo una base amplia de financiamiento de fuentes privadas, bilaterales e internacionales en los sectores de salud, de alivio, educación y alojamiento.

Como resultado de la coordinación con la OPS en Washington, se concretó la presencia del grupo CORE en este taller, y consideramos muy importante y útil señalar cuál es la posición estratégica de las ONG's dentro de la organización comunitaria.

Nichos Estratégicos de las ONG's

Nicho Estratégico 1:

Alcanzando directamente al niño



El primer segmento se refiere a la ONG y a través del cual llegamos directamente al niño. La ONG recauda información estadística importante durante un periodo de tiempo para saber la efectividad de las intervenciones.

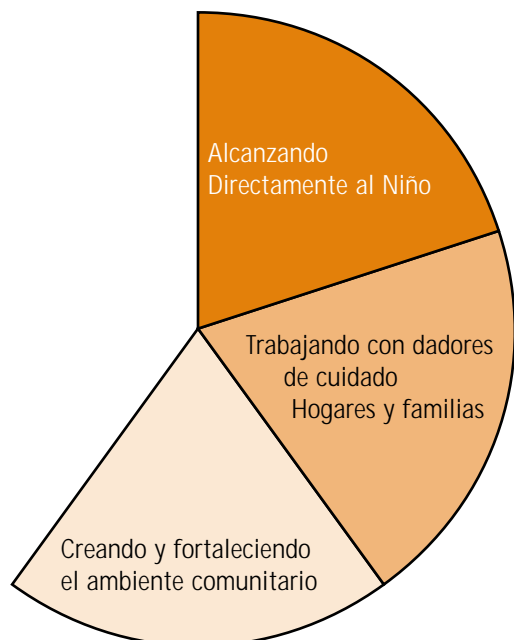
Nicho Estratégico 2: Familias



El otro segmento que trabajamos directamente con los servicios de salud, hogares y familias, va dirigido a monitorear las conductas en la familia y reducir las barreras sociales para el cuidado de la salud y prevención de enfermedades.

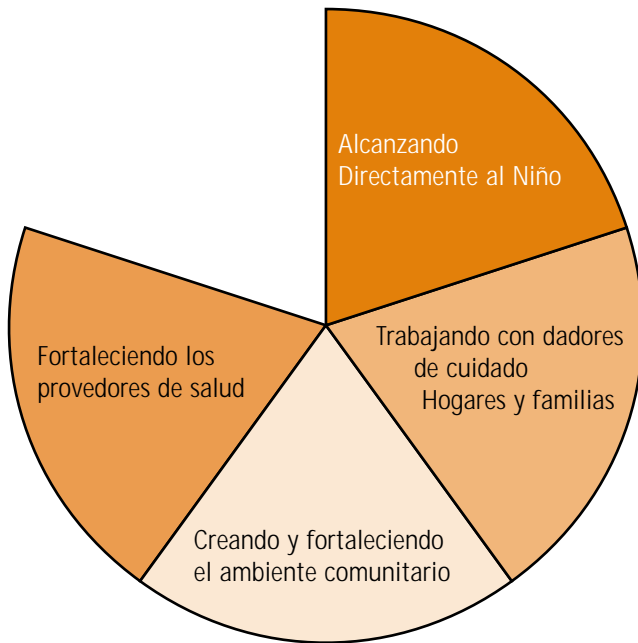
Nicho Estratégico 3:

Creando y fortaleciendo el ambiente comunitario



Tratamos de crear una comunidad que facilite la coordinación con el gobierno y la comunidad; para lograr cambios positivos en la conducta de la comunidad y así ellos a su vez apoyen sus hogares.

Nicho Estratégico 4:
Fortaleciendo los proveedores de salud



Además tenemos el fortalecimiento de los servicios de salud. Las ONG's fortalecen procesos que ya están desarrollando las comunidades.

Nicho Estratégico 5:
Expandiendo los servicios

Finalmente las ONG expanden los servicios por medio de la colaboración con el distrito. Muchas veces nos reconocen a nivel de distrito para llegar con mas efectividad a las comunidades y hacer llegar servicios de salud calificados.



Después de la reunión del año pasado en Santo Domingo que hizo énfasis en el componente comunitario de AIEPI, se abrió la puerta para una mayor colaboración e integración para conectar diferentes acciones dentro de este componente.

Lecciones aprendidas

Entrenamiento

- Definir claramente las funciones y tareas de ACS con anterioridad al entrenamiento;
- Simplificar plan de estudios, herramientas y los mensajes que cubran toda tarea;
- Enfatizar los entrenamientos prácticos con oportunidad amplia para manejar casos;
- Usar grupos de tamaño pequeño, permitiendo un enfoque tutorial;
- Entrenar en los servicios de salud más cercanos, con personal de la salud como entrenadores, para promover el acercamiento entre la comunidad y el sistema formal de salud;
- Entrenar en hospitales para una mejor exposición a los casos y acercamiento a las instalaciones del hospital;
- Usar metodologías de aprendizaje para adultos y análisis de problemas para ayudar a los ACS a asumir un rol como agentes de cambio

En el siguiente cuadro se pueden apreciar claramente las limitantes que se han tenido en la capacitación de los trabajadores de la salud.

Limitantes de los Programas Tradicionales

- El personal entrenado no está adaptado a nivel de conocimiento, cultura y creencias de los ACS;
- Mas entrenadores y ACS de diferentes grupos socioeconómicos y culturales, resultan en una comunicación significativa.
- Las metodologías de entrenamiento tradicional, proveen conocimiento sin herramientas e instrucción para traducir conocimiento en la acción;
- La actividad de los ACS no está vinculada con el reporte, supervisión y seguimiento, de los servicios de salud más cercanos,
- Se espera que los ACS hagan referencias sin herramientas para el diagnóstico;
- Falta de supervisión, apoyo y seguimiento permanentes, y
- La función de ACS definido por Ministerio de Salud no es apta para las prioridades comunitarias;

Y por último este mensaje que nos aporta elementos importantes para el desarrollo de este taller:

“La enorme necesidad actual es por la aplicación de algunos de los adelantos mas deseables.”

Dr. Cicely Williams, “Whither Welfare”—The British Medical Journal, 1941