



AIEPI

Alianza Regional

COMUNITARIO

AIEPI Comunitario: éxitos de implementación en Latinoamérica

En los países de las Américas mueren anualmente 170.000 niños y niñas antes de cumplir los 5 años de edad debido a enfermedades comunes y fáciles de prevenir y tratar como neumonía, diarrea, malaria, sarampión y desnutrición. En muchos casos, estas enfermedades pudieran ser prevenibles si se contara con determinados conocimientos y prácticas clave de cuidado y atención en el hogar.

La estrategia AIEPI tiene como objetivo disminuir la mortalidad y morbilidad en los niños menores de 5 años de edad a través de actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud. La piedra angular de la estrategia AIEPI es la promoción de las prácticas clave que llegan a las familias gracias a una red extensa de actores sociales. A continuación se presentan algunos éxitos de la aplicación de la estrategia en países seleccionados de América Latina y el Caribe.

Movilización comunitaria y participación de las redes sociales

La filosofía de la Alianza Regional AIEPI Comunitario propone la movilización comunitaria y la participación social a partir de un análisis de la realidad local y la planificación de base, y se resume en tres actitudes: *convocar, participar y construir*. En tal sentido, el equipo local promotor de la Cruz Roja y el ministerio de salud ha llevado a cabo a un proceso constante de convocatoria y movilización de las capacidades locales representadas por los actores sociales (gobiernos locales, organizaciones de base, ministerios de salud, educación, agentes comunitarios de salud, Cruz Roja, iglesias, entre otros), quienes después de un proceso de abogacía y conocimiento de la problemática de salud infantil, se han comprometido y han puesto a disposición su red y recursos. Este proceso le permite al actor social identificar y reconocer su potencial movilizador a través de sus espacios de intervención, promoviendo un contacto permanente de adultos a adultos, de adultos a niños y de niños a adultos.

En cada uno de los proyectos comunitarios la convocatoria, participación y construcción de las redes sociales han sido variadas —según su realidad local— pero todos coinciden en haber generado un gran proceso de movilización social para la promoción de las prácticas familiares clave y comunitarias priorizadas, como se muestra en los ejemplos de las tablas 1 y 2.

Coordinación interinstitucional y gestión participativa

Los coordinadores locales incorporan y articulan a sus instituciones —Cruz Roja y ministerio de salud— en el impulso del proyecto, pero por su naturaleza participativa se requiere que los actores sociales ejerzan control y permitan transparencia, constituyéndose en entes activos y líderes del proceso.

La piedra angular de la estrategia AIEPI es la promoción de las prácticas clave que llegan a las familias gracias a una red extensa de actores sociales.





Tabla 1. Actores sociales involucrados por país. Proyectos comunitarios 2001–2005
Países seleccionados

| País | Actores sociales involucrados |
|----------------------|---|
| Bolivia | Juntas vecinales - OTB, centros de madres, educación, guarderías, iglesias, comités populares de salud (COPOSA), responsables populares de salud (RPS), Red Corea, voluntarios de la Cruz Roja, servicios de salud, Plan Bolivia. |
| Colombia | Agentes comunitarios de salud (ACS), voluntarios de Cruz Roja, Ministerio de Salud. |
| El Salvador | Voluntarios comunitarios de salud (VCS), Secretaria de Salud, promotores de salud, Plan El Salvador, Caritas, Universidad San Salvador, Asociación de Desarrollo Comunitario (ADESCOS), Cruz Roja Salvadoreña, Hospital Divina Providencia, clubes de gestantes y lactantes. |
| Honduras | Corporación Municipal, Alcaldía, Comité de Desarrollo Zonal (CODEZ), Comité de Desarrollo Local (CODEL), patronatos, alcaldes auxiliares, educación, Consejo Nacional Indígena Maya Chorti (CONIMCH), voluntarios comunitarios de salud, Ministerio de Salud, voluntarios de Cruz Roja, juntas administradoras de agua, Visión Mundial - PDA, CARE. |
| Nicaragua | Movimiento Comunal Nicaragüense, voluntarios comunitarios de salud, educación, clubes de madres, centros infantiles comunitarios (CICO), Ministerio de Salud, Cruz Roja Nicaragüense, Facultad de Medicina UNAN - MANAGUA, Alcaldía. |
| Perú | Gobierno local, tenientes gobernadores, agentes comunitarios de salud (ACS), Comité de Vasos de Leche, Comité de Regantes, iglesias evangélicas, educación, Cruz Roja Peruana, Ministerio de Salud, clubes de madres, Wawa wasis, comités de barrio. |
| República Dominicana | Agentes comunitarios de salud (ACS), voluntarios de Cruz Roja, Secretaria de Salud y Asistencia Social (SESPAS), Cámara Junior Internacional (JCI), universidades, clubes de madres, Iglesias evangélicas, CONANI, educación, Asociación de Juntas de Vecinos. |

Tabla 2. Actores sociales y sus espacios de intervención. Proyectos comunitarios 2001–2005
Países seleccionados

| País/ámbito | Actor social | Actor social |
|--------------------------|---------------------------------|--|
| Perú: Huancane | Gobernación | Tenientes gobernadores = 101 Comunidades = 101 |
| Honduras: San Luis | Secretaria de Educación | Centros educativos = 58 Maestros = 150 CEPENF = 28 Gobiernos escolares = 35 |
| El Salvador: Panchimalco | Voluntarios comunitarios | 55 caseríos = 95 voluntarios comunitarios de salud |
| Bolivia: Cotahuma | Juntas vecinales | 12 sectores = 36 representantes de juntas vecinales |
| Nicaragua: Managua | Movimiento Comunal Nicaragüense | 04 barrios = 73 representantes del Movimiento Comunal Nicaragüense |

En tal sentido, y según cada realidad, alrededor de los coordinadores locales se incorpora a representantes del gobierno local, de la red educativa, de las organizaciones de base y de las ONGs, entre otros, constituyéndose un espacio de coordinación interinstitucional y de gestión participativa. Son diversas las experiencias en este aspecto. En algunos ámbitos como los de Bolivia (Potosí), Honduras (San Luis, Copan) y Perú (Chao) se constituyeron con este objetivo de gestión participativa, lo que permitió a los miembros de este grupo visualizar las ventajas del trabajo interinstitucional, constituyéndose en un espacio permanente para el análisis de la problemática del ámbito y de coordinación y para aunar esfuerzos y evitar la duplicidad de acciones. Asumieron así denominaciones variadas como *Comité de Gestión de AIEPI Comunitario en Potosí* o *Comité intergencial de San Luis*, entre otros.

La variante que se presentó en otros ámbitos como Huancané en Perú, Panchimalco en El Salvador o El Alto en Bolivia, fue la existencia previa de estos espacios, con diversos niveles de actividad y participación. Ello hizo que solo fuese necesario incorporar la gestión del proyecto dentro de sus agendas y planes de acción. En este sentido, espacios como *La Mesa de Concertación Interinstitucional de Lucha contra la Pobreza de Huancané* y el *Comité*

Intersectorial de Panchimalco o *la Red Social Corea - El Alto*, se vieron fortalecidas por la filosofía del proyecto, a través de la incorporación de nuevas redes sociales y de una dinámica participativa.

Capacidades locales fortalecidas

La Alianza Regional AIEPI Comunitario, a través de la implementación de sus actividades de capacitación, ha permitido fortalecer las capacidades locales de las sociedades nacionales de la Cruz Roja, los ministerios de salud y las redes sociales involucradas a nivel local y nacional, en aspectos relacionados a: i) metodología de comunicación social, incluyendo abogacía, coordinación y concertación interinstitucional; y ii) metodología de planificación de base.

Estas capacidades han permitido concretar la creación de condiciones para el abordaje a las redes sociales y la promoción de prácticas familiares clave priorizadas en cada uno de los ámbitos. Por otro lado, se han fortalecido capacidades a través de la capacitación en temas tales como AIEPI clínico, AIEPI comunitario, prácticas familiares clave y comunitarias, entre otros. Al final, un amplio número de actores a nivel de los ámbitos y países han fortalecido sus capacidades para continuar con el proceso, como se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3. Capacidad local fortalecida
Proyectos comunitarios 2001–2005**

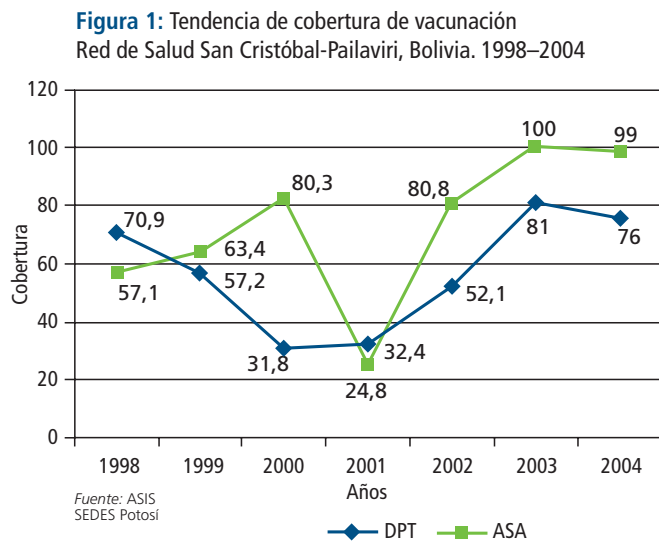
| Actor social | BOL | DOR | ELS | HON | NIC | PER |
|------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Gobierno local | | 77 | | 46 | | 16 |
| Educación | 382 | 86 | 10 | 288 | 239 | 455 |
| Organizaciones de base | 595 | 29 | | 87 | 73 | 3.422 |
| Cruz Roja | 154 | 242 | 12 | 50 | 46 | 149 |
| Ministerio de Salud | 274 | 75 | 85 | 22 | 50 | 278 |
| ACS | 255 | 96 | 220 | 354 | 46 | 433 |
| ONG | 08 | 20 | 23 | | | |
| Guarderías | 208 | | | | 63 | 230 |
| Iglesias | | 69 | 02 | 17 | | 198 |
| Universidades | | 40 | 30 | | 271 | 50 |
| Total | 1.876 | 734 | 382 | 864 | 788 | 5.231 |

Fuente: Informes comunitarios



Cambios en indicadores de salud

A partir de la elaboración de los informes finales y evaluaciones de los proyectos, se ha podido determinar que las acciones a través de las redes sociales contribuyeron en el cambio de las tendencias de algunos indicadores de salud infantil y materna. Un ejemplo de ello ha sido la tendencia de vacunación en Potosí, donde se visualiza que a partir de 2002 las coberturas se incrementaron notablemente (figura 1).



En otros ámbitos, donde la práctica de cuidado y atención a la mujer gestante fue priorizada, el número de partos atendidos en instituciones se incrementó progresivamente a medida que los partos atendidos por parteras o familiares disminuyeron, como sucedió en el municipio de Santiago Texacuangos, de El Salvador (figura 2).

