

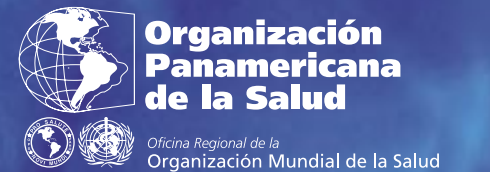
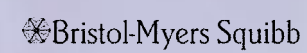
ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL EN LA INFANCIA



GUÍA METODOLÓGICA PARA SU DESARROLLO

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL EN LA INFANCIA: GUÍA METODOLÓGICA PARA SU DESARROLLO

OPS/OMS



ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN **PARA LA SALUD INTEGRAL** EN LA INFANCIA: **GUÍA METODOLÓGICA** PARA SU DESARROLLO



Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Organización Mundial de la Salud (OMS)



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Obregón, Rafael

Estrategias de Comunicación para la Salud Integral en la Infancia: Guía Metodológica para su Desarrollo

Washington, D.C: OPS, © 2005.

(Serie OPS/FCH/CA/05.13.E) — 80 p.

ISBN 92 75 32604 5

I. Título Nuñez, Giovana; Gutiérrez, Luis; Drasbek, Christopher.

II. Serie

III. Cruz Roja IV. United Nations Foundation

1. COMUNICACIÓN

2. BIENESTAR DEL NIÑO

3. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

4. PROMOCIÓN DE LA SALUD

5. NIÑO

6. DESARROLLO DE LA COMUNIDAD

NLM WA 320

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

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

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

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

P 5	PRÓLOGO
P 7	PRESENTACIÓN
P 9	AGRADECIMIENTOS
P 11	INTRODUCCIÓN
P 13	CAPÍTULO I: Los retos de la estrategia AIEPI desde la comunicación en salud
P 13	La estrategia AIEPI: una respuesta a la problemática de salud de la niñez en las Américas
P 15	Los retos de comunicación en la AIEPI
P 16	Principios para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para la promoción de la salud familiar y comunitaria
P 18	Aspectos metodológicos de la implementación de estrategias de comunicación
P 19	Las estrategias de comunicación
P 25	CAPÍTULO II: Abogacía y comunicación para la promoción de prácticas clave en salud infantil
P 26	¿Cómo generamos condiciones para promover las prácticas clave en la familia y la comunidad?
	SECCIÓN I:
P 26	Abogacía para hacer visibles los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores: alianzas a nivel nacional, regional y local
P 32	Paso 1: Elaborar el diagnóstico
P 39	Paso 2 : Diseñar las estrategias
P 44	Paso 3 : Implementar las estrategias
P 47	Paso 4: Monitoreo y evaluación
	SECCIÓN II:
P 48	Mejora de los procesos de comunicación interpersonal para promover encuentros de calidad
P 51	La comunicación asertiva, un componente fundamental de la comunicación interpersonal
P 57	¿Cómo hacemos para diseñar estrategias orientadas a promover la mejora de la comunicación interpersonal, y por tanto, encuentros de calidad?
P 57	Paso 1 : Elaborar el diagnóstico
P 62	Paso 2 : Diseñar la agenda para el cambio

- P 64** Paso 3 : Implementar la agenda para el cambio
- P 66** Paso 4 : Monitoreo y evaluación
- P 69** ¿Cómo diseñamos estrategias de comunicación para promocionar las prácticas clave con un enfoque integral y participativo?
- P 71** ¿Qué significa diseñar estrategias de comunicación en salud con un enfoque integral y participativo?
- P 73** Pasos para promover las prácticas clave mediante la articulación de los niveles nacional, regional y local
 - P 75** Paso 1: Crear un visión compartida
 - P 77** Paso 2: Elaborar la estrategia
 - P 96** Paso 3: Diseñar un paquete integrado de acciones de comunicación
 - P 102** Paso 4: Implementar y ampliar la experiencia
 - P 106** Paso 5: Reprogramar y ajustar las intervenciones con base en los resultados
- P 111** ANEXOS
 - P 111** ANEXO I: Taller Presencial de Comunicación Asertiva y Relaciones Interpersonales
 - P 119** ANEXO II: Ejemplos de indicadores de procesos
 - P 123** ANEXO III: Hoja de Trabajo de M & E
 - P 127** ANEXO IV: 16 Prácticas Clave
- P 129** BIBLIOGRAFÍA

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), establecida en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se constituye en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez ya que aborda los principales problemas de salud del niño y niña. Asegura la identificación precoz de todos los menores gravemente enfermos con enfoque de riesgo, responde a la demanda actual de atención de la población y es eficaz en función de costos. Por estas razones, los países a nivel regional han promovido la adaptación de AIEPI a la realidad de cada lugar y han desencadenado un rápido proceso de capacitación del personal de salud para su aplicación, especialmente en los servicios de primer nivel. Además, se ha logrado una activa participación de varias facultades de medicina, escuelas de enfermería y otras instituciones académicas, incorporando AIEPI dentro de su enseñanza de pre y postgrado.

En el marco de los compromisos establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos a la salud de la infancia, que proponen una disminución de dos tercios en la mortalidad en menores de cinco años, el desafío para los próximos años será abordar en forma simultánea e integrada la prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas y de las afecciones originadas en el período perinatal, que en conjunto, son la causa de más de las tres cuartas partes de la mortalidad del grupo en todo el continente americano. La experiencia acumulada por la OPS y los países en la implementación de la estrategia AIEPI la coloca en una situación apropiada para ampliar sus componentes a estas áreas, como la neonatal y adolescentes, utilizando para su implementación estrategias de comunicación hacia las áreas de mayor mortalidad, en un contexto de equidad para alcanzar a los más vulnerables.

El empoderamiento de la población a través del fortalecimiento y promoción de las prácticas clave para el crecimiento y desarrollo saludable, permitirá prevenir enfermedades, desalentar comportamientos perjudiciales para la salud y el desarrollo y fomentar aquellos que contribuyen a promoverlos. Las estrategias de comunicación y la educación para la salud integral de las familias y la comunidad con base en estas prácticas, podrán fortalecer su capacidad de brindar mejores condiciones de salud y lograr que estos niños y niñas se conviertan en adultos sanos y productivos que hagan sostenible el desarrollo local y de sus países.

La movilización de voluntades y recursos y su aplicación a través de estrategias de comunicación, utilizadas para promover la sostenibilidad de las intervenciones de salud de la niñez, constituyen otra forma de garantizar, no solo a las niñas y niños de hoy sino a los de mañana, un acceso más equitativo a los beneficios del conocimiento y las tecnologías básicas incluidas en la estrategia AIEPI y, de este modo, crecer y desarrollarse saludablemente para alcanzar todo su potencial.

La comunicación se reconoce como un elemento necesario en los esfuerzos encaminados a mejorar la salud pública y personal; puede prestar su contribución en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad, el diseño de mensajes y campañas de salud pública junto con la difusión de información en relación a riesgos para los individuos, sus familias y sus comunidades y en los procesos de comunicación encaminados a prevenir enfermedades.

La estrategia AIEPI tiene además un fuerte componente preventivo y de promoción de la salud, por lo que enfrenta gran variedad de retos desde el punto de vista de la comunicación, que agrupados a partir de sus componentes esenciales, pretenden mejorar el desempeño del personal de salud y la atención de los menores de cinco años y de esta manera, mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para lograr una atención eficiente y de alta calidad.

Este esfuerzo, realizado por el Área de Salud Familiar y Comunitaria y la Unidad del Niño y del Adolescente de la Organización Panamericana de la Salud, vincula acciones de promoción y comunicación con la estrategia AIEPI para lograr los objetivos de alcanzar la salud integral de los niños y niñas de los países de las Américas.

—**Dr. Yehuda Benguigui**

Jefe Unidad

Salud del Niño y del Adolescente

Salud Familiar y Comunitaria

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Desde su formulación en 1996 y posterior introducción en 1998, la Estrategia AIEPI ha evolucionado de manera considerable. De un enfoque centrado en el tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia rápidamente pasó a un enfoque mucho más sistémico, que intenta abordar aspectos relacionados con los sistemas de salud, el mejoramiento de las habilidades del personal de salud, y las acciones preventivas e intervenciones de promoción de la salud, particularmente a través de su componente comunitario y la promoción de las prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables de niños y niñas.

En ese marco, la estrategia también ha hecho esfuerzos para incorporar elementos de apoyo en lo referente a las estrategias de comunicación para cada uno de esos componentes. Inicialmente centró sus esfuerzos de comunicación en el desarrollo de competencias de consejería para los proveedores de salud. No obstante, el paso de los años y las diferentes experiencias en la implementación de la estrategia -incluyendo las recomendaciones emergentes de un taller regional sobre estrategias de comunicación y salud infantil desarrollado en Quito, Ecuador, en 2003-, mostró la necesidad de trabajar en tres frentes a nivel comunicativo:

Primero, el desarrollo de estrategias y acciones de abogacía que visibilicen no solo la estrategia y sus beneficios, sino también la salud de niños y niñas menores de cinco años con el propósito de generar el apoyo político, financiero y técnico necesarios para avanzar con la implementación de la estrategia y su escalamiento en diferentes niveles, tanto nacional y regional, como local; segundo, establecer esfuerzos orientados a mejorar no solamente las competencias de los proveedores en una adecuada consejería de madres y cuidadores de niños y niñas, sino en una perspectiva más amplia de comunicación interpersonal y orientada hacia el mejoramiento de los procesos de comunicación a nivel de los servicios de salud, incluyendo la comunicación proveedor-usuario, la comunicación entre proveedores, y en general entre aquellos actores que determinan la calidad de la comunicación y por ende de la atención en estos entornos; y tercero, el desarrollo de estrategias de comunicación orientadas a la promoción de las prácticas clave a nivel familiar y comunitario, con un enfoque integral que permita abordar la promoción de diversas prácticas priorizadas por los diferentes actores locales.

Por ello, esta guía ofrece una serie de herramientas prácticas y sencillas para que cualquier persona responsable de acciones de promoción y comunicación de la AIEPI, y en general de salud infantil, pueda desarrollar planes y estrategias aplicables en diferentes contextos (nacional, regional y local) y que respondan a las tres dimensiones arriba descritas.

Esta guía se suma a la diversidad de herramientas con las que cuenta la AIEPI y esperamos que rápidamente se convierta en una herramienta complementaria para sus acciones, articulándose especialmente con la herramienta *Conversando con las*

Madres, con la Guía de Mensajes Clave y de Apoyo, con el Curso de Organización Local y con las diversas guías del componente comunitario dirigidas a actores locales. Igualmente, esta guía es también un testimonio de la constante evolución de la estrategia.

De ninguna manera es esta guía una fórmula o receta, sino por el contrario, es un instrumento que puede adaptarse en diversas formas para así responder a las necesidades de cada equipo de trabajo. El usuario puede manejar cada sección de manera separada de acuerdo a sus intereses y demandas, o puede desarrollarla en su totalidad si fuere necesario.

A través de esta guía, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por intermedio del Área de Salud Familiar y Comunitaria y de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, espera seguir contribuyendo al mejoramiento de la salud de niños y niñas de la región y a la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, como parte de los esfuerzos por apoyar a los países de las Américas en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente las metas 4 y 5 relacionadas con la salud materno-infantil.

—**Rafael Obregón, Ph.D,**

Asesor, Comunicación Social

Unidad de Salud del Niño y del Adolescente

Área de Salud Familiar y Comunitaria

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Washington, DC.

La preparación de esta guía es el resultado del esfuerzo y contribuciones de numerosas personas e instituciones. A través de los diferentes ejercicios de revisión y validación de la herramienta, se pudo contar con los aportes de diversos profesionales de la salud y de otras disciplinas afines.

Un primer ejercicio de revisión se realizó durante un taller de dos días celebrado en Lima, Perú, en Octubre 2003. Seguidamente, se realizó un ejercicio similar durante la reunión subregional de asesores de comunicación de las Sociedades Nacionales de Cruz Roja en Lima, Perú, en Noviembre 2003. Más adelante se llevó a cabo el mismo ejercicio en Managua, Nicaragua, en Marzo 2004, en donde participaron personal del Ministerio de Salud de Nicaragua, de los servicios de salud de Managua, CARITAS y del Movimiento Comunal nicaragüense. También se validó en el marco del Foro Regional de Comunicadores de las Sociedades Nacionales de Cruz Roja y la Federación Internacional de la Cruz Roja, en Antigua, Guatemala, en Junio 2004. Así mismo, expertos en comunicación y salud revisaron el documento en diferentes momentos e hicieron aportes valiosos que se incorporaron en gran medida a la versión final del documento. Queremos expresar nuestro agradecimiento a cada una de las personas que ayudaron a la construcción de esta guía y en particular a los siguientes profesionales:

- ▶ María Angélica Flores, Unidad de Salud Materno-Infantil, Ministerio de Salud, Argentina.
- ▶ Susana Catalina Iannello, Asesora de Comunicaciones, OPS-Argentina.
- ▶ María del Carmen Mosteiro, Oficina de Comunicaciones, Ministerio de Salud, Argentina.
- ▶ Ana Rosa Boyán, Asesora de Comunicaciones, Cruz Roja Boliviana, Bolivia.
- ▶ Luis Ochoa, Coordinador AIEPI, Empresa Social del Estado Rafael Uribe Uribe, Antioquia, Colombia.
- ▶ Silvia Posada, Asesora de Comunicaciones, OPS-Guatemala.
- ▶ Reinaldo Aguilar, Asesor Nacional, AIEPI, OPS-Nicaragua.
- ▶ Vilma Gutiérrez, Asesora de Comunicaciones, OPS-Nicaragua.
- ▶ Dr. Roberto Cisneros, Coordinador, Proyecto AIEPI Comunitario, CARITAS, Nicaragua.
- ▶ Miguel Dávila, Asesor Nacional, AIEPI, Perú.
- ▶ Rosa Fernández, Asesora de Comunicaciones, OPS-Perú.
- ▶ Jeannie Vásquez-Solís, Asesora de Comunicaciones, OPS-Perú.
- ▶ Patricia Escalante, Unidad de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud, Perú.
- ▶ Ariela Luna, Proyecto PAR-SALUD, Ministerio de Salud, Perú.
- ▶ Ana Quijano, Consultora AIEPI, Perú.
- ▶ Julio Salcedo, Consultor AIEPI, Perú.
- ▶ Jesús Toledo, Asesor de Salud, Cruz Roja Peruana.

- Eduardo Téllez, Consultor de Comunicaciones, Perú.
- Alfonso Contreras, Asesor de Comunicaciones, BASICS II.

Igualmente, queremos reconocer el aporte de las diferentes organizaciones que han apoyado con recursos financieros el desarrollo de este trabajo:

- la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID);
- la Agencia Canadiense de Cooperación Internacional (CIDA);
- el Proyecto BASICS II;
- la Misión Médica Católica (CMMB);
- la Fundación de las Naciones Unidas (UNF);
- la Cruz Roja Americana (ARC).

La guía que ponemos en tus manos está dirigida especialmente a ti, que desde tu labor cotidiana trabajas por la salud integral de las niñas y los niños de la región.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Introducida en 1996, AIEPI se constituye en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez centrando su atención en el estado de salud de los menores de cinco años y no en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que puedan pasar inadvertidas para madres, padres y personal de salud. Además, la AIEPI incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, así como a su crecimiento y desarrollo saludables. El aporte principal de AIEPI es el trabajo cooperativo e integrado de instituciones multilaterales, gubernamentales, de cooperación técnica y de los diferentes agentes de la comunidad.

En la región hay una gran necesidad de atender la salud de los niños y niñas de manera integral, de modo que se disminuya la mortalidad infantil, las enfermedades infectocontagiosas y los factores de riesgo que las ocasionan. La estrategia AIEPI busca responder a estas necesidades. Trabajar por la salud integral de los niños y niñas significa promover el desarrollo humano de las personas y de los pueblos. Esta tarea involucra a la sociedad en su conjunto, y en ese sentido la estrategia AIEPI incorpora a diversas instituciones públicas y privadas, a las autoridades gubernamentales y locales, y a los diferentes actores sociales de las comunidades¹.

Esta guía tiene dos capítulos. En el primero presentamos el sentido y las características de AIEPI, así como los principios y aspectos fundamentales de aquellas estrategias de comunicación que permiten promoverla y comunicarla. En el segundo capítulo describimos estrategias de abogacía y de comunicación para facilitar la promoción de las prácticas clave contenidas en la estrategia AIEPI. Este capítulo a su vez maneja tres grandes bloques: el primero está centrado en procesos de abogacía; el segundo en el mejoramiento de los procesos de comunicación al interior de los servicios; y el tercero en la promoción de las prácticas clave a nivel familiar y comunitario.

Este documento es una propuesta de trabajo referida a la estrategia AIEPI que puede ser adaptada a las características propias de tu comunidad, localidad, región o país. El material está diseñado como un diálogo contigo que se desarrolla a través de pequeñas historias. Éstas recogen características comunes a nuestra región que pretenden ser motivadoras y esclarecedoras de la realidad que vivimos, en la medida en que nos ayudan a visualizar fortalezas, debilidades y oportunidades.

¹ Por actores sociales se entiende maestros, alcaldes, dirigentes, voluntarios de la Cruz Roja, personal de salud, etc., es decir, todas aquellas autoridades que de uno u otro modo tienen incidencia en la comunidad, y particularmente en la salud de la familia.

Al finalizar cada historia encontraremos preguntas que nos llevarán a analizarla a la luz de nuestra propia realidad. De esta manera podremos reconocer que algunas o muchas de las situaciones planteadas las hemos podido vivir en nuestro país, región o localidad. Así comprenderemos la importancia y el sentido de diseñar e implementar estrategias de abogacía y comunicación que nos ayuden a lograr nuestros objetivos.

A partir de la historia motivadora y de su reflexión, recorreremos los pasos a seguir para diseñar, implementar, monitorear y evaluar estrategias de abogacía y comunicación que contribuyan a resolver los problemas identificados. Así fortaleceremos nuestras capacidades como equipo, al tiempo que contribuimos al logro de los objetivos de la estrategia AIEPI.

Al inicio de cada tema encontraremos uno de los pasos resaltados, lo que nos indicará que será el tema que desarrollaremos a continuación. En cada paso trataremos los siguientes puntos:

- Aspectos conceptuales
- Aplicación con base en la historia

Para facilitar la lectura presentamos cuadros y diagramas que permiten visualizar la información relevante. Cada parte de la guía puede ser utilizada de modo independiente, según tus necesidades y posibilidades de acción. Estamos seguros de que tu experiencia alimentará este documento y la tarea cotidiana en la promoción y atención a la salud integral de los niños y niñas de nuestras comunidades.

LOS RETOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI DESDE LA COMUNICACIÓN EN SALUD

Antes de introducirnos en los aspectos del diseño mismo de las estrategias de abogacía y comunicación, en este capítulo nos concentraremos en los siguientes aspectos:

- ▶ Los alcances y retos de la estrategia AIEPI y la forma como se ha organizado para enfrentar la problemática de la salud de la niñez de las Américas.
- ▶ Los aspectos conceptuales básicos de comunicación en salud y sus estrategias.

Lo anterior nos permitirá comprender la pertinencia y necesidad de diseñar, implementar, monitorear y evaluar estrategias de comunicación que faciliten el logro los objetivos de la AIEPI.

Iniciemos entonces este recorrido y prestemos mucha atención porque los contenidos que iremos revisando nos acompañarán a lo largo de toda la guía, además de que nos facilitarán una mejor comprensión del Capítulo II.

LA ESTRATEGIA AIEPI: UNA RESPUESTA A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA NIÑEZ EN LAS AMÉRICAS

Como sabemos, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que se introdujo en 1996 como una de las principales herramientas para mejorar la salud en la niñez.

AIEPI enfoca su atención en el estado de salud de los menores de cinco años y no en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que puedan pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de que se agraven y presenten complicaciones.

Asimismo, la AIEPI incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. De este modo contribuye a aumentar la cobertura de vacunación, así como a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, al tiempo que contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables, entre otros beneficios.

La estrategia AIEPI tiene los siguientes **objetivos:**

1. Reducir la mortalidad en la infancia.
2. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los menores.
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida.

La implementación de la estrategia AIEPI tiene **tres componentes**:

1. Mejorar el desempeño del personal de salud en la atención de los menores de cinco años y sus familias (**componente de personal de salud**).
2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (**componente de servicios de salud**).
3. Mejorar los conocimientos y las prácticas familiares relacionadas con el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (**componente comunitario**).

Para mejorar el desempeño del personal de salud, AIEPI brinda un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación relacionados.
- Guías de seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI.
- Materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para impartir las indicaciones relativas al tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.

Con el objeto de mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, AIEPI también dispone de un conjunto de instrumentos prácticos entre los cuales figuran:

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud de primer nivel y en hospitales de referencia.
- Materiales de capacitación para la elaboración de planes locales de implementación, seguimiento y evaluación de AIEPI.
- Curso de capacitación para mejorar la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI.
- Protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI.
- Guías para la evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI.

Para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres con respecto al cuidado y atención de los menores de cinco años, AIEPI dispone de distintos instrumentos prácticos, entre los cuales encontramos:

- Dieciséis prácticas familiares claves para el crecimiento y desarrollo saludables.
- Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI.
- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud de primer nivel y en hospitales de referencia.
- Guía de comunicación y abogacía para la promoción de las prácticas clave.

En su versión inicial, la estrategia AIEPI incluía un conjunto básico de enfermedades transmisibles y la condición nutricional de los menores como el núcleo de su atención. Sin embargo, la estrategia se ha ido ampliando y en la actualidad se trabaja en la elaboración de cuadros complementarios para la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan a los menores de cinco años. Así pues, AIEPI incluye los siguientes contenidos:

2 meses a 4 años	1 semana a 2 meses
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Signos inespecíficos de enfermedades graves ❑ Tos o dificultad para respirar ❑ Diarrea: <ul style="list-style-type: none"> ■ Deshidratación ■ Diarrea persistente ■ Disentería ❑ Fiebre: <ul style="list-style-type: none"> ■ Malaria ■ Sarampión ❑ Desnutrición y anemia ❑ Estado de vacunación 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Signos inespecíficos de enfermedad grave ❑ Diarrea: <ul style="list-style-type: none"> ■ Deshidratación ■ Diarrea persistente ■ Disentería ❑ Problemas de alimentación o bajo peso ❑ Estado de vacunación

Otros contenidos se encuentran también en diferentes fases de implementación, a saber: perinatal/neonatal, asma y síndrome bronco-obstructivo, desarrollo temprano, salud oral, maltrato, violencia y accidentes, diabetes y obesidad.

LOS RETOS DE COMUNICACIÓN EN LA AIEPI

Como hemos visto, AIEPI tiene un fuerte componente preventivo y de promoción de la salud. En ese sentido enfrenta diversos retos en el ámbito comunicacional, los cuales se pueden agrupar e ilustrar a partir de los componentes esenciales de la estrategia, tal como se observa a continuación:

Componente	Objetivos	Retos de comunicación
Clínico (personal de salud)	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Manejar técnicas apropiadas y efectivas de consejería y comunicación interpersonal por parte de los profesionales y personal de salud. ❑ Propiciar procesos comunicativos que mejoren la calidad de la comunicación entre personal de salud y usuarios. ❑ Incrementar la percepción de mejoramiento de la calidad de los servicios en la comunidad.
Organizacional (Servicios de salud)	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Desarrollar estrategias de mercadeo social que propicien un mayor uso de los servicios por parte de la comunidad. ❑ Desarrollar estrategias de comunicación y abogacía que contribuyan a un mejor funcionamiento de servicios de salud.

Parte de los esfuerzos que se vienen desarrollando con la estrategia AIEPI para enfrentar estos retos de comunicación tienen que ver con la presente *Guía de abogacía y comunicación*, la cual busca fortalecer las capacidades locales de los equipos de trabajo con el objetivo de que tengan mejores herramientas para diseñar, implementar, monitorear y evaluar estrategias de comunicación en salud en forma creativa y en respuesta a las necesidades de cada país.

PRINCIPIOS PARA EL DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

La Organización Mundial de la Salud (Gente Sana 2010, OMS, Volumen I) señala que la comunicación en salud abarca el estudio y uso de estrategias de comunicación para informar e influir en las decisiones individuales y comunitarias que conduzcan a mejorar la salud. También que posibiliten procesos que permitan a individuos, familias y comunidades ejercer mayor control sobre su salud.

La comunicación se reconoce entonces como un elemento necesario en los esfuerzos encaminados a mejorar la salud pública y personal.

La comunicación en salud puede prestar su contribución en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad, a saber: la relación médico-paciente; la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos; el diseño de mensajes y campañas de salud pública junto con la difusión de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, y en los procesos de comunicación encaminados a prevenir las enfermedades.

La comunicación en salud es fundamental cuando se trata de potenciar a la ciudadanía para actuar en los asuntos de la salud que la afectan, mantener temas

claves de salud en la agenda pública y promover comportamientos saludables. En los últimos años, diversos autores han hecho hincapié en la necesidad de prestar mayor atención a los entornos y contextos en que ocurren los procesos de comunicación (McKee, 2000; Ford y otros, 2003; Airhihenbuwa y Obregón, 2000), como un primer paso a menudo necesario para poder aspirar a generar cambios de comportamiento en el área de la salud. Esta percepción ha ido acompañada de una conciencia cada vez mayor sobre la importancia de trabajar no solo en el ámbito de lo individual sino también de lo colectivo, a través de procesos más intensos de participación comunitaria. Esta observación tiene particular relevancia para una estrategia como AIEPI, dado el papel que comunidades y familias desempeñan en la prevención de las enfermedades de los más pequeños.

Tomando en cuenta lo expuesto, a continuación nos familiarizaremos con algunos principios básicos de comunicación en salud, los cuales nos permitirán reconocer la pertinencia y beneficios de su aplicación en el marco de la estrategia AIEPI. Tales principios nos acompañarán en todos los procesos de diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para la promoción de la salud familiar y comunitaria.

La experiencia acumulada por más de tres décadas de trabajo en comunicación en salud ha dejado importantes enseñanzas, de las cuales es posible extraer una serie de principios que deben regir el trabajo en este campo. Piotrow y otros (1997) ofrecen varios principios clave; a éstos se suman otros señalados por los coordinadores del presente documento y en su conjunto deben servir de base para el trabajo en comunicación en salud. En este caso, cada uno de estos principios está ligado a las particularidades de la estrategia AIEPI:

- *Tener soporte investigativo.* La comunicación en salud requiere de enfoques que se apoyen en la recolección y uso adecuado de informa-

ción precisa que facilite el diseño e implementación de estrategias. La investigación debe estar presente en diferentes momentos del proceso, partiendo de la etapa formativa, pasando por el monitoreo de los procesos y culminando en la evaluación del impacto de la estrategia.

- *Centrada en los sujetos.* Este principio exige prestar especial atención a la investigación de audiencias, a la validación de mensajes y al trabajo focalizado en los derechos y responsabilidades ciudadanos. A manera de ejemplo, la aplicación de este principio podría propiciar una comunicación entre el profesional de la salud y el usuario mucho más ajustada a la realidad de cada actor, más eficaz en el uso del tiempo y mucho más agradable para cada participante. Esto es posible a través de una participación más activa de los usuarios en los procesos de comunicación en los servicios de salud y en la promoción de prácticas saludables.
- *Integrada a los servicios.* Cualquier estrategia de promoción de la salud en general, y de comunicación en salud en particular, está condenada al fracaso si no va acompañada de un componente de servicios que funcione en dos niveles esenciales: primero, en términos de la calidad de la atención que se ofrezca a los usuarios, y segundo, en términos de una respuesta adecuada a la demanda que se genere a través de ejercicios de promoción.
- *Abogacía ante actores clave.* El compromiso político de legisladores y autoridades de salud, así como el de los individuos y/o grupos organizados, es fundamental para el avance de cualquier estrategia en el ámbito social. El componente de abogacía se puede abordar en dos niveles. El primero de ellos es el nivel personal, que se presenta cuando

miembros de la comunidad se convierten en aliados del proceso y entran a promover los aspectos fundamentales de una estrategia o programa. El segundo es el nivel político o público, que surge cuando individuos, organizaciones, medios de comunicación, etc., en diferentes niveles, se pronuncian a favor de determinadas políticas que favorecen la estrategia o trabajan para propiciar cambios en el entorno social, ambiental o económico.

- *Ampliación de la escala (scaling up).* La implementación de estrategias de comunicación efectivas deben abrir la posibilidad de llegar a poblaciones más amplias a partir de la demostrada efectividad de determinados procesos. Por ejemplo, en el caso de los proyectos de AIEPI comunitario en localidades de Bolivia, Perú y Nicaragua, entre otros países, los procesos de apropiación por parte de la comunidad deberán emularse en ámbitos más amplios que permitan alcanzar una cobertura nacional. La estrategia de comunicación de AIEPI deberá incorporar procesos de comunicación pública que permitan acercar a grupos más amplios a los aspectos fundamentales de AIEPI (especialmente las prácticas familiares clave), lograr respaldo político para la estrategia y fortalecer los sistemas de salud con el fin de implementarla de manera más efectiva.
- *Sostenibilidad.* La sostenibilidad de las estrategias de comunicación radica en que los miembros de la comunidad, particularmente sus líderes y actores sociales locales, tengan la capacidad de asumir su diseño, implementación y evaluación. Tales estrategias deben nutrirse de las experiencias que tengan lugar en las etapas iniciales de los procesos, tanto en el nivel local como a partir de las realizadas en otros espacios. Su sostenibilidad también depende de los grados de apropiación,

por parte de la comunidad y de las familias, de los conceptos y significados fundamentales contenidos en ellas.

- *Visión de largo plazo.* Existe cada vez más evidencia acerca de la necesidad de abordar los procesos de comunicación como esfuerzos de mediano y largo plazo. Ciertamente, la realización de campañas y actividades de promoción de carácter puntual (como por ejemplo las brigadas de salud) son necesarias y a menudo deben hacer parte de una estrategia más amplia. Sin embargo, si quiere ser efectiva, la comunicación en salud debe darse en espacios de tiempo que permitan generar procesos que garanticen la incorporación de comportamientos saludables a la rutina local, la transformación de los entornos sociales y por consiguiente la **verificación del impacto** en los indicadores epidemiológicos y en las prácticas socioculturales. Las expectativas de cambio inmediato pueden conducir a que fracasen los esfuerzos de cualquier estrategia.
- *Diversidad de enfoques.* La sistematización cada vez mayor de los procesos de comunicación en salud ha demostrado que aunque siguen apareciendo nuevos enfoques, no existe una fórmula única para desarrollar estrategias efectivas. Por el contrario, determinadas situaciones pueden abordarse a partir de diversas aproximaciones de trabajo en comunicación.

Aspectos metodológicos de la implementación de estrategias de comunicación

Si bien existe diversidad de opiniones frente a los enfoques y teorías que soportan el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación en salud, existe un mayor consenso en torno a los componentes metodológicos requeridos para ello. En

general, el diseño de una estrategia de comunicación debe incorporar los siguientes pasos, que serán recreados y revisados de manera aplicativa en el Capítulo II de la presente guía:

- *Evaluación formativa.* Debe incluir el diagnóstico del problema a partir tanto de aspectos epidemiológicos como de comportamientos presentes y deseables; la caracterización de los públicos destinatarios, especialmente a partir de sus prácticas comunicacionales; la creación de una línea de referencia que facilite la definición de indicadores de evaluación; y la evaluación de los procesos.
- *Diseño y mezcla de estrategias comunicativas.* Debe incluir la definición de los objetivos de comunicación en el marco de AIEPI y la definición de los diferentes componentes de la estrategia comunicativa. Es decir, debe identificar la mezcla adecuada de los diferentes niveles de comunicación (interpersonal, grupal, comunitaria y masiva) con la selección adecuada de estrategias de comunicación específicas (edu-entretenimiento, mercadeo social, comunicación de pares, visitas domiciliarias a través de agentes comunitarios y/o de salud, grupos de conversación, etc.).
- *Producción y validación de materiales y mensajes.* Cada uno de los mensajes y materiales seleccionados y producidos debe ser validado con miembros de la audiencia a la que queremos llegar. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de la importancia de producir estos mensajes con la participación activa de la comunidad. En muchos casos es recomendable incorporar un componente de producción de materiales y mensajes que sea completamente asumido por la comunidad, a través de ejercicios de video o radio comunitaria que permitan un mayor nivel de apropiación de los procesos por parte de la misma.

- *Implementación y monitoreo.* La implementación de las actividades planeadas debe ser monitoreada de manera sistemática con el ánimo de introducir cambios y ajustes rápidos a las estrategias y mensajes en los casos que así lo requieran. La comunicación es un fenómeno dinámico que ocurre en espacios culturales y sociales cambiantes, de tal forma que aun cuando se haya hecho un esfuerzo riguroso de planeación siempre existirá la posibilidad de que se produzcan reacciones diversas por parte de la audiencia, lo que hace necesario realizar un trabajo sostenido de monitoreo a la implementación de la estrategia.
- *Evaluación de proceso e impacto.* La evaluación de proceso apunta establecer el cumplimiento de las actividades planeadas, mientras que la evaluación de impacto determina si los objetivos planteados han sido alcanzados. Por ejemplo, si uno de los objetivos planteados corresponde al mejoramiento de las habilidades de comunicación interpersonal y consejería de los profesionales de la salud, la evaluación de proceso verificará el cumplimiento de las actividades planeadas para tal efecto. En este caso, los indicadores incluirán aspectos como número de talleres realizados, actitudes de los participantes, etc. Entre tanto, la evaluación de impacto determinará si efectivamente los procesos de comunicación entre los profesionales de la salud y los usuarios han mejorado de manera considerable. En este caso se utilizarán indicadores que demuestren que el profesional de la salud verifica que las madres tengan el conocimiento y puedan demostrar cómo administrar un tratamiento adecuado en el hogar.

información a través de medios masivos, seguida de actividades de información, educación y comunicación. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que la efectividad de la comunicación en salud reposa en la adecuada integración de diversas formas de comunicación y de procesos y estrategias comunicacionales que incluyen, entre otras técnicas, movilización comunitaria, consejería y comunicación interpersonal centrada en el usuario, intervenciones a través de redes sociales, mercadeo social, edu-entretenimiento, abogacía de medios, potenciación individual y comunitaria, relaciones públicas, disseminación de información, uso de medios masivos, y otros procesos que puedan conducir a la adopción de comportamientos saludables (Piotrow y otros, 1997; Rodríguez, Obregón y Vega, 2002).

A continuación presentamos una breve descripción de algunas de estas formas y estrategias de comunicación, mientras que en el Capítulo II conoceremos su aplicación en casos concretos vinculados a la realidad de AIEPI.

Las estrategias de comunicación

En un comienzo, la comunicación en salud estuvo influida por enfoques centrados en la difusión de

ABOGACÍA

Esta estrategia busca defender, promover o recomendar una propuesta ante una persona o grupos de personas y/o instituciones que tienen la posibilidad de impulsar y tomar decisiones ante la idea, producto o servicio que estamos promocionando.

Las acciones de abogacía están dirigidas a disminuir resistencias en temas que son motivo de conflicto y polarización, así como a cambiar políticas, programas o posiciones de actores e instituciones.

La abogacía consiste en hacer pública una idea o propuesta (en este caso los beneficios de la estrategia AIEPI). También busca llamar la atención de la comunidad y de los responsables por la toma de decisiones sobre un tema o problema controversial para introducirlo en la agenda, actuar sobre éste y aportar soluciones.

La estrategia de abogacía es exitosa no solo porque la causa que defiende sea sentida por la población, sino porque existe una red de organizaciones y personas que apoyan esta defensa de intereses. Habitualmente, estas organizaciones han formado alianzas de trabajo conjunto para persuadir a los líderes de tomar decisiones en su favor. La abogacía requiere conocer el arte de la persuasión, de la negociación y de la resolución de conflictos, pues son muchas las redes de organizaciones que intentan abogar por sus intereses con los mismos líderes; asimismo, es necesario saber exponer buenos argumentos para defender una causa y demostrar que ésta tiene un amplio respaldo ciudadano.

La abogacía es importante allí donde se requiere un cambio sustancial, y por ello la herramienta principal son los argumentos o mensajes que pueden estar incluidos en diferentes materiales de comunicación.

ESTABLECIMIENTO DE LA AGENDA SOCIAL

Esta es una estrategia centrada en los medios de comunicación de masas que consiste en dar relevancia pública a ciertos temas, de manera que se convierta en un tema clave para el público. Si, por ejemplo, los medios masivos de comunicación presentan en forma reiterada en sus distintos espacios casos de menores desnutridos y con un inadecuado desarrollo para su edad debido a que no se los amamantó exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida, el público puede tender a pensar que éste es uno de los temas más importantes, si no el más relevante entre todos los problemas de salud.

Esta percepción de la gente no necesariamente coincide con las prioridades sanitarias de los gobiernos y los ministerios de salud. Detrás de una **agenda informativa** sobre los bebés que no reciben lactancia exclusiva hay probablemente personas y organizaciones que han decidido poner el tema de relieve a través de la comunicación de masas.

Quienes han estudiado esta estrategia identifican tres componentes: la **agenda de los medios**, la **agenda pública** y la **agenda política**. La agenda de los medios de comunicación se construye sobre la base de eventos noticiosos, espectaculares, que se convierten en tópicos de conversación pública sobre los cuales los políticos y responsables por la toma de decisiones intercambian información entre ellos y con el público en general. Así, el tema en la agenda de los medios se va repitiendo en boca de distintos voceros a lo largo del tiempo. Para esta estrategia es importante entonces la recopilación de evidencia y la identificación y difusión de casos emblemáticos o clave que permitan ir formando opinión pública en torno a un problema de salud que se desea introducir en la agenda.

MOVILIZACIÓN SOCIAL

La movilización social es una estrategia para los procesos de cambio y transformación social. Su objetivo es llegar a todos los actores sociales con el propósito de que influyan en la comunidad a favor de un determinado tema o problema. Se trata entonces de que entre todos se movilicen, apoyen y acompañen un determinado proceso.

En la definición de movilización social (Toro, 1992) se hace hincapié en el carácter integrador de ésta; por ello se habla de la convocación de voluntades para actuar por la búsqueda de un propósito común. De esta manera, la movilización social tiene como principio básico la participación libre de la población. Sin embargo, un elemento también indispensable es el compromiso, ya que las actividades a las que se convoca deben ser sostenidas en el tiempo.

La movilización social es una estrategia muy utilizada, pues tiene la gran ventaja de que no requiere de mayores recursos o equipos para su implementación, aunque sí exige un componente mayor de compromiso y participación de la población, que se dará en mayor o menor medida según la importancia que le asigne a la causa en cuestión.

Esta estrategia, que plantea el desarrollo de una serie de actividades como marchas, desfiles, plantones, etc. con un propósito definido, puede ser muy útil para promover determinadas decisiones y prácticas clave cuya adopción requiere un nivel elevado de compromiso y apoyo.

Para conseguir legitimación, apoyo y recursos humanos y financieros, Neil Mckee (2000) propone cinco abordajes:

1. Movilización política: dirigida a lograr el concurso de autoridades y responsables por la adopción de decisiones, para lo cual se pueden emplear la abogacía, el cabildeo o lobby y los medios de comunicación social.
2. Movilización gubernamental: orientada a informar y obtener cooperación de los entes oficiales y de gobierno, para lo cual se incluyen programas de capacitación, estudio y cobertura por parte de los medios de comunicación social.
3. Movilización comunitaria: busca obtener el compromiso de los líderes tradicionales, ONG, grupos de base, etc., para lo cual se apoya en la capacitación, en la participación en los procesos de planeación y en el cubrimiento de actividades por parte de los medios de comunicación social.
4. Movilización corporativa: se propone lograr el apoyo de empresas para promover los objetivos apropiados, bien sea con recursos financieros o con publicidad.
5. Movilización de beneficiarios: orientada a informar a los beneficiarios del programa por medio de capacitación, conformación de grupos comunitarios y comunicación por medios tradicionales y masivos.

MERCADEO SOCIAL

El mercadeo social puede ser definido como una herramienta de gestión que incluye el diseño, puesta en práctica y control de programas orientados a aumentar la aceptación de un producto social que puede ser un bien, un servicio o una idea. En ese sentido, su objetivo es la modificación de opiniones, actitudes o comportamientos dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población. El mercadeo social contribuye a la generación, incremento y sostenimiento de la demanda, a la implantación de prácticas clave priorizadas que respondan a las necesidades de la población, y a mejorar la oferta de servicios con un enfoque de calidad que busca satisfacer las expectativas del usuario y por tanto la creación de valor (percepción de beneficios).

MERCADEO SOCIAL (cont.)

La población no compra productos, servicios o ideas porque tengan un valor en sí mismos; lo que compran es su utilidad. De esta manera, los individuos, familias o comunidades que buscamos atender a partir de los servicios de salud se acercan a ellos en busca de la solución a un problema, y si no la encuentran buscarán o preferirán otras alternativas que los satisfagan de la misma forma o mejor. Este criterio se aplica igualmente a la estrategia AIEPI: las familias no se apropiarán de ella en sí, sino del conjunto de beneficios que conlleva para la salud y la vida de los menores y por tanto de la familia como un todo.

Las acciones de mercadeo social requieren:

- Identificar y conocer las barreras que impiden que la población acceda a los servicios ofrecidos o logre implementar las prácticas clave en los diferentes temas de salud.
- Acondicionar y facilitar el acceso a los servicios ofrecidos de modo que respondan a estas necesidades, deseos, expectativas, y que a la vez vulneren las barreras identificadas.
- Mezclar en forma armónica las variables del mercadeo, a saber, producto, precio, plaza y promoción, con el propósito de lograr los objetivos propuestos. El producto es el valor que contribuye a satisfacer una necesidad; el precio es el costo que implica obtenerlo y no solo el económico, sino también el costo de oportunidad, el emocional, etc.; la plaza es la conveniencia o la comodidad del usuario para poder acceder a los servicios; y la promoción está representada por todos aquellos procesos de comunicación que entablamos con los usuarios para hacer efectivo el encuentro entre oferta y demanda, y para dar a conocer las utilidades y beneficios de los servicios ofrecidos o de las prácticas clave promocionadas.

EDU-ENTRETENIMIENTO

Esta estrategia se refiere a la forma de educar a través del entretenimiento. La premisa básica es que el entretenimiento orientado a la información en salud es atractivo, comprensible y está dotado de la capacidad de cambiar conductas. Mediante programas de edu-entretenimiento se ha promovido la alfabetización de adultos, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos y condones, la crianza responsable, el control del abuso de sustancias ilegales y la reducción de la violencia, entre otros temas. Las formas más habituales de edu-entretenimiento son las telenovelas, radionovelas y fotonovelas; cómics; discos y música popular.

Esta estrategia, que comprende una serie de actividades en las que en algunos casos participan los medios masivos de comunicación, permite transmitir mensajes preventivos y de cambio de comportamiento de manera menos directa. De este modo las personas tienden a sentirse menos "juzgadas" o "evaluadas", lo cual facilita la apertura hacia nuevos mensajes.

El edu-entretenimiento utiliza formatos de espacios bastante populares en determinadas poblaciones como son las telenovelas o los programas radiales, incluso los folklóricos, y a partir de allí procura interactuar con el público y desarrollar los mensajes que permitan difundir las prácticas clave, en el caso de AIEPI.

El edu-entretenimiento posee características como las siguientes:

- Popular: A la gente le gusta mucho.
- Universal: Puede llegar a diferentes tipos de público o personas.
- Personal: La estrategia permite que la comunicación sea más íntima en comparación con otras formas de comunicación interpersonal.
- Persuasivo: A través del entretenimiento se pueden describir roles, conflictos, cambios de conducta, etc.
- Práctico: Moviliza a la acción, a la adopción de comportamiento.

- ❑ Preventivo: Al difundir fácilmente la información que involucra valores y actitudes, es efectivo cuando se trata de promover la prevención.

Esta estrategia puede ser una buena forma de plantear, a través de géneros como la radionovela, la fotonovela o los programas radiales de música más sintonizados, la difusión de determinadas prácticas clave. La selección se hará de acuerdo con el público identificado en el diagnóstico.

COMUNICACIÓN COMUNITARIA

La comunicación comunitaria permite recuperar los espacios y modos de comunicación autóctonos, convirtiéndolos en oportunidades de compartir mensajes educativos —en este caso referidos a las diferentes prácticas clave priorizadas— y motivando la participación activa y creativa de los diferentes grupos sociales cada localidad.

Por tanto, cuando diseñamos estrategias de comunicación comunitaria, el diagnóstico comunicacional es de mucha utilidad porque en él hemos identificado espacios concretos, grupos y actores que pueden ayudarnos a desarrollar recursos de comunicación como son las ferias educativas, los eventos deportivos y/o recreativos, los desfiles, las actividades en plazas públicas, etc. Estos recursos, conocidos también como actividades “masivo comunitarias”, tienen por objeto sensibilizar y educar a la población. Su diseño y ejecución comprometen necesariamente los esfuerzos y apoyo de la ciudadanía y en ello justamente radica su potencial educativo.

COMUNICACIÓN MASIVA

Su finalidad principal es brindar información oportuna, motivar y convocar a la población, así como crear corrientes de opinión. Su principal ventaja es su alcance y cobertura, en la medida en que pueden cubrir grandes zonas de territorio y a una población numerosa. Esta estrategia, combinada en forma adecuada con las ya mencionadas, genera impactos positivos en la población, sobre todo si se le incorporan medios como la radio, ya sea de cobertura nacional o local. Este medio ha probado ser muy eficaz para trabajar con poblaciones de alto valor social o que viven en zonas de pobreza y extrema pobreza.

La elección de esta estrategia dependerá también de los medios económicos con que se cuente para poder invertir en la producción de recursos de comunicación que puedan ser incorporados en medios masivos como las cuñas (spots) de televisión, cuñas de radio, etc.

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Las intervenciones interpersonales son aquellas en donde dos o más personas se comunican entre sí e interactúan directamente. La comunicación interpersonal se produce “cara a cara” para abordar un problema en particular.

Las comunicaciones interpersonales pueden ser:

Interpersonales personalizadas: Es cuando se establece una comunicación directa, persona a persona, para abordar un problema o tema en particular. Esta estrategia entraña un mayor potencial motivador y educativo porque es la más personalizada y dialógica de las que se han descrito hasta ahora. Asimismo permite abordar los temas desde la realidad e interés del interlocutor a partir del diálogo y la reflexión, complementando así la información con la orientación.

Existen diferentes modalidades de comunicación interpersonal como son la consejería y la orientación individual. Ambas son muy útiles para trabajar determinadas prácticas clave identificadas previamente con las madres y padres de familia o con las personas encargadas del cuidado de los menores, en forma privada y con tranquilidad.

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL (cont.)

La consejería permite abordar estos temas con base en información recolectada previamente y en las preocupaciones que trae la madre o cuidador/a de los pequeños en torno a su alimentación. A partir de la información que nos da la madre y de lo que piensa sobre la alimentación de su pequeño podremos ir desarrollando aspectos referidos al tipo de alimentación que el menor debe tener, de modo que sea ella la que tome la decisión final; para eso se requiere de una estrategia específica que contemple:

- ❑ Modalidades comunicativas para la difusión y legitimación de la consejería a cargo de agentes comunitarios locales.
- ❑ Capacidades y habilidades comunicacionales para establecer contacto e iniciar la relación.
- ❑ Una metodología para realizar las sesiones de consejería. En este caso, tal metodología se apoya en un módulo de materiales que respalda la labor pedagógica a desarrollar.

Interpersonales grupales: Este tipo de comunicación se da cuando se establece un contacto entre una persona y un grupo a través del intercambio de experiencias, análisis reflexivo y búsqueda de soluciones. Así pues, esta estrategia contribuye a formar un nuevo aprendizaje social. Las intervenciones educativo-comunicacionales se llevan a cabo con grupos u organizaciones sociales locales preexistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias, reflexionar sobre comportamientos y creencias, y buscar soluciones colectivamente al problema de salud que se está trabajando; un ejemplo de este tipo de comunicación interpersonal son los sociodramas, las sesiones demostrativas o los propios talleres de capacitación en grupo.

Para llevar a cabo estas acciones es necesario tener en cuenta:

- ❑ las modalidades de difusión de los talleres y/o sesiones entre las redes sociales de la comunidad (priorizando el uso de medios locales y espacios naturales de encuentro); y
- ❑ la metodología de desarrollo de talleres y/o sesiones motivacionales, para lo cual se debe contar con un módulo o conjunto de materiales para apoyar la labor, así como la necesidad de impartir capacitación en conocimientos y habilidades técnicas para la conducción de dinámicas grupales.

Estas dos formas de comunicación interpersonal se adaptan muy bien a la estrategia AIEPI, ya que al tener un fuerte componente educativo y de interacción, permiten trabajar determinadas prácticas clave en forma directa. Un ejemplo lo constituye el inicio de la alimentación espesa y con productos frescos en los pequeños mayores de 6 meses. Esta práctica clave, de importancia significativa para su crecimiento y desarrollo, requiere de un trabajo educativo no solo en el nivel cognitivo, sino en el de las habilidades y prácticas.

ABOGACÍA Y COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS CLAVE EN SALUD INFANTIL

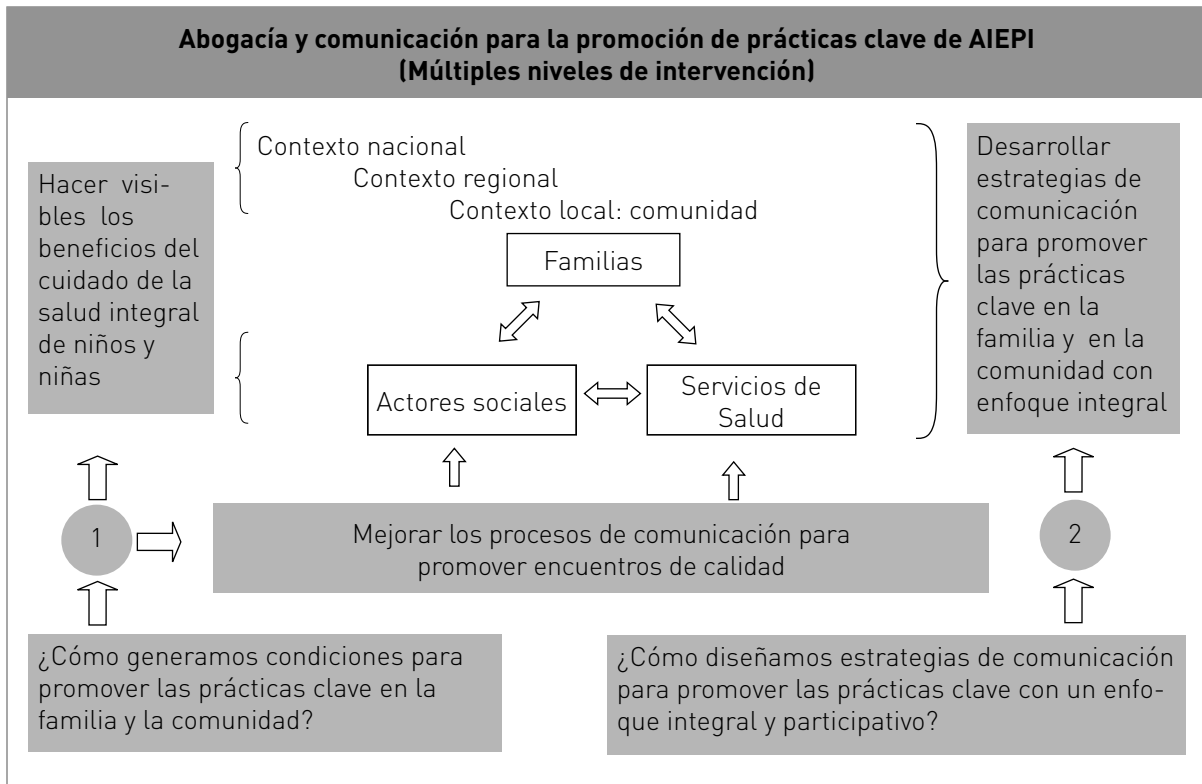
A continuación nos familiarizaremos con la forma en que podremos diseñar, implementar, monitorear y evaluar estrategias de abogacía y comunicación para la promoción de las prácticas clave a partir de acciones realizadas en los niveles nacional, regional y local. En este último ámbito se articularán acciones simultáneas en los servicios de salud, en las familias y en otros grupos de actores sociales.

En este capítulo, la exposición de los temas se dividirá en dos momentos:

- Un primer momento está orientado a generar las condiciones propicias para promover las prácticas clave, y en este aspecto desarrollaremos los contenidos referidos al diseño de estrategias de abogacía para el posicionamiento de AIEPI. Esto se hará a partir de la promoción de los beneficios de la salud integral para los niños y niñas de nuestra comunidad, de modo que podamos ganar aliados en la difusión de las prácticas clave. Por otro lado se aborda la formación de habilidades de comunicación asertiva de los diferentes actores sociales y de los equipos de salud, con el fin de propiciar el desarrollo de procesos de comunicación que favorezcan los cambios deseados en las familias.
- En un segundo momento abordaremos el diseño específico de estrategias de comunicación para la promoción de las prácticas clave en el ámbito de las familias.

Evidentemente, las actividades que desarrollemos en cada uno de esos momentos serán complementarias e interdependientes y estarán dirigidas a lograr la adopción de las prácticas clave. Los invitamos entonces a acompañarnos en este recorrido, que sin duda estará enriquecido por toda la experiencia valiosa desarrollada por cada uno de nosotros. Así lograremos construir conjuntamente un aprendizaje que nos favorezca a todos.

El gráfico que presentamos a continuación, y que nos acompañará a lo largo del desarrollo del presente capítulo, ayuda a visualizar estos momentos e indica en cuál de los dos estamos:



¿CÓMO GENERAMOS CONDICIONES PARA PROMOVER LAS PRÁCTICAS CLAVE EN LA FAMILIA Y EN LA COMUNIDAD?

Nuestro objetivo final es que las familias logren cambios en sus conocimientos, actitudes y prácticas referidas al cuidado de la salud integral de sus miembros y de la propia comunidad, para lo cual implementaremos estrategias de comunicación que, debidamente articuladas a los componentes clínico, organizacional y comunitario de la estrategia AIEPI, apoyarán la adopción de estos cambios. Sin embargo, también es indispensable que implementemos estrategias de comunicación y abogacía a nivel de los actores sociales en los ámbitos nacional, regional y local, así como de los propios servicios de salud, con el fin de generar las condiciones propicias para promover tales prácticas.

Por “generar condiciones” entendemos crear contextos que faciliten y potencien las acciones que desarrollaremos para la promoción de las prácticas clave. Como

ya hemos visto, estas condiciones se centran en dos aspectos:

- Hacer visibles los beneficios del cuidado de la salud integral de los pequeños ante las instituciones y actores sociales a nivel nacional, regional y local, con el objeto de forjar alianzas estratégicas dirigidas a fomentar las prácticas clave.
- Promover en los actores sociales el desarrollo de capacidades de comunicación asertiva con las familias que los ayuden a promover los beneficios del cuidado de la salud integral y las prácticas clave.

ABOGACÍA PARA HACER VISIBLES LOS BENEFICIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD INTEGRAL DE LOS MENORES: ALIANZAS A NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL

Juan Carlos, responsable del Programa de Salud del Niño del Ministerio de Salud, participó en

una reunión multisectorial donde se definirían las estrategias prioritarias para abordar la problemática de salud de la niñez que vive su país. Aunque él expuso los beneficios de la estrategia AIEPI y sus avances y aportes al cuidado de la salud integral de los pequeños, muy pocos entendieron de qué se trataba y algunos preguntaban cosas tan básicas como desde cuándo operaba esta iniciativa, cuál era el verdadero significado de la salud integral, qué papel podían cumplir otros sectores, quiénes habían probado sus beneficios, por qué tendrían que optar por esta estrategia y no por otra, en fin, varias inquietudes y cuestionamientos que aparentemente no habían quedado resueltos durante su exposición original.

En la reunión también estaban los representantes de otros programas del Ministerio que luego, en privado, le formularon preguntas similares. El coordinador nacional de las organizaciones no gubernamentales de desarrollo manifestó que había oído hablar de la estrategia pero que no se conocían sus beneficios ni alcances, y que le gustaría hacerlo para poder articular esfuerzos. El representante del Ministerio de Educación expresó que sabía de algunas localidades donde sus maestros estaban participando en unas cuantas actividades referidas a AIEPI, pero que no conocía exactamente cómo se articulaban a las acciones de educación, como tampoco sus resultados. Algunos representantes de organismos internacionales de financiamiento expresaron también sus dudas y preguntas, unos más enterados que otros. Los representantes de los medios de comunicación señalaron que lo planteado no tenía ninguna novedad y que por lo tanto no era noticia. Juan Carlos hizo lo posible por responder.

Terminada la reunión, Juan Carlos se quedó con una sensación extraña. Después de tantos años trabajando el tema, muy poco se conocía la estrategia entre los responsables por la toma de decisio-

nes, quienes sabían aún menos lo que significaba el cuidado de la salud integral de los menores y sus beneficios. Al mismo tiempo preguntaban cuántas oportunidades de generar aliados para trabajar conjuntamente se habían desperdiciado y qué podían hacer para contribuir a hacer visibles las ventajas de la estrategia en aras de generar alianzas para su implementación.

Juan Carlos sabía que si bien era cierto que en ese nivel existía desconocimiento y reconocía que quizás se había hecho poco para difundir los esfuerzos desplegados, de todas maneras estaba seguro de que en el equipo de salud no pasaba lo mismo. Igual se quedó preocupado al constatar que sus propios colegas habían formulado preguntas que se podían considerar básicas. Decidido a averiguar qué pasaba, se reunió con algunos asesores del Ministro que desconocían la propuesta de la estrategia, con representantes de los gremios de médicos pediatras y enfermeras que estaban un poco más enterados, y con miembros de la oficina de comunicaciones del Ministerio que no sabían con seguridad cómo funcionaba. Aunque los hallazgos fueron duros para Juan Carlos, tenía la certeza de que en los propios servicios de salud todo era diferente, pues habían capacitado a muchos profesionales que se suponía debían compartir con sus pares los aportes de AIEPI.

Fue así como programó la visita a cuatro establecimientos de salud. Nuevamente se llevó una amarga sorpresa cuando constató que, efectivamente, en la mayor parte de los casos solo quienes habían recibido capacitación directa conocían los alcances y beneficios de la estrategia, mientras que sus colegas o los miembros del equipo sabían muy poco. Esto sin mencionar el bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de AIEPI para la salud integral de los menores. Más bien encontró cuestionamientos que eran totalmente rebatibles pero que estaban impi-

diendo la articulación de los componentes de la estrategia en los servicios, así como el trabajo mancomunado a favor de la difusión de más prácticas clave para apuntalar los beneficios del cuidado y promoción de la salud integral de los pequeños.

Juan Carlos también quiso conocer qué pensaban los alcaldes de dos localidades en cuyo ámbito estaban implementando la estrategia AIEPI. En el primer caso la alcaldesa le confirmó que había oído hablar de ella y que había sido invitada a participar de algunas actividades, pero que no lo había hecho por falta de tiempo; sin embargo se mostró interesada en saber más acerca del tema. En el otro caso, el alcalde se mostró extrañado pues no había oído hablar de AIEPI como estrategia de salud. Pensaba que se trataba de una nueva vacuna y consideraba que era poco lo que él podía hacer directamente por mejorar la salud integral de los niños y niñas. Declaró que, según su parecer, se trataba de una responsabilidad que le correspondía exclusivamente al sector salud.

Igualmente, Juan Carlos logró entrevistarse con algunos dirigentes de organizaciones de base aledañas a los establecimientos visitados, quienes le describieron los problemas de salud de los niños y niñas de la comunidad. Asimismo le manifestaron su preocupación por el hecho de que no veían un compromiso serio por parte de los servicios de salud para resolver los problemas identificados. Afirmaron igualmente que desconocían qué se estaba haciendo para darles solución.

Por último, Juan Carlos conversó con algunos docentes de escuelas próximas a los establecimientos de salud. Fue grata su sorpresa cuando comprobó que varios de ellos conocían los objetivos de la estrategia AIEPI y estaban participando activamente en el desarrollo de sesiones

educativas con los padres de familia para la promoción de algunas prácticas clave que la comunidad había priorizado. Igualmente estaban trabajando muy de cerca con los voluntarios de la Cruz Roja, y los encontró muy motivados. Sin embargo, le dijeron también que era triste ver cómo otras escuelas no hacían lo mismo por la salud de los pequeños de la comunidad.

Seguramente la vivencia de Juan Carlos no es ajena al personal del sector salud y en general a las organizaciones que trabajan en temas vinculados a la salud de los sectores de la población más necesitados. A partir de ello podríamos plantearnos las siguientes preguntas:

- ¿Por qué, a pesar de los años de implementación de la estrategia AIEPI, todavía hay algunos actores sociales clave que desconocen sus beneficios y alcances?
- ¿Qué hubiera necesitado hacer el equipo liderado por Juan Carlos para que los diferentes actores sociales se apropiaran de los beneficios y aportes de la estrategia AIEPI en relación con el cuidado de la salud integral de los menores?
- ¿Por qué algunos miembros del equipo de salud, incluso teniendo la capacitación necesaria, no se convierten en promotores de los beneficios de AIEPI?
- ¿Habría sido importante que Juan Carlos comprobara lo anterior con los propios equipos de salud? ¿Por qué?
- ¿Qué implicaciones tiene para el cuidado de la salud integral de los pequeños el desconocimiento, por parte de los actores sociales identificados en la historia anterior, de los alcances y beneficios de la estrategia AIEPI?
- ¿Por qué es esencial que los actores sociales se apropien de los alcances y beneficios de lo que significa el cuidado de la salud integral de las familias y la comunidad?

De la historia anterior podríamos deducir que si un programa o proyecto no logra comunicar con claridad sus objetivos, alcances y sobre todo los beneficios de su propuesta a las diferentes audiencias o públicos que desea involucrar, probablemente esté destinado a trabajar aislado y con poco efecto multiplicador, poniendo el peligro el cumplimiento de sus objetivos.

Elevar el perfil de la estrategia AIEPI y poner de relieve sus aportes y resultados, traducidos en los beneficios que tiene en cuanto a proteger la salud integral de los niños y niñas como un patrimonio de la sociedad y opción por la vida, es también parte de nuestra misión. Con ello contribuiremos a generar sinergias que nos apoyen en la adopción de las prácticas clave por parte de las familias.

Por ello, en esta parte de la guía nos familiarizaremos con el diseño de estrategias de comunicación que nos ayuden a posicionar los beneficios de AIEPI, teniendo claro que estas acciones son válidas porque finalmente nos ayudarán a mejorar la salud integral de los niños y niñas de una localidad, comunidad, país o región, y no solo a promover AIEPI como estrategia.

No olvidemos que antes de comunicar algo a cualquier público objetivo acerca de la estrategia y sus beneficios, debemos estar seguros acerca de cómo queremos ser percibidos por cada una de las audiencias que nos interesa involucrar y comprometer. Es por ello que debemos definir con claridad nuestro posicionamiento.

El posicionamiento se define como la imagen o significado que tiene el público en su mente sobre un bien, un servicio o una idea. Debe por tanto atraer la atención y comunicar con claridad los beneficios de nuestra propuesta.

El posicionamiento se traduce en un conjunto de beneficios que deben representar un valor concreto para la audiencia destinataria o actor social, con el fin de que logremos involucrarlos realmente. ¿Qué gana cada actor con su participación y compromiso en la implementación de AIEPI? ¿Qué gana cada actor

social cuando promueve y se involucra en el cuidado de la salud integral de los niños de la comunidad?

Para comprender mejor la importancia de identificar estos beneficios, es necesario tener en cuenta que el posicionamiento que definamos tiene dos componentes fundamentales:

- **La promesa:** Son los beneficios que estamos promoviendo, en este caso lo que la estrategia AIEPI va a hacer por la audiencia que nosotros decidamos priorizar (alcaldes, profesores, líderes comunitarios, autoridades de salud, familias, etc.); en otras palabras, lo que van a obtener una vez que opten por forjar una alianza con nosotros para promover prácticas clave orientadas a garantizar la salud integral de los niños.
- **El soporte de la promesa:** Es lo que inspira la confianza del público para adquirir o hacer suyo lo que estamos promoviendo. Consiste en identificar aquellos argumentos que respaldan la promesa.

No olvidemos que el ofrecimiento de beneficios, es decir, la promesa, debe ser creíble y tangible para nuestro público objetivo, además de tener un soporte que nos ayude a garantizar que lo que estamos ofreciendo se va a cumplir.

Por eso, antes de entrar en contacto con un actor clave tenemos que estar seguros acerca de qué vamos a comunicar, vale decir, tener claros los mensajes sabiendo que todas las acciones que desarrollemos comunicarán a los diferentes públicos objetivo el posicionamiento elegido.

A continuación presentamos, a manera de ejemplo, algunos de los aspectos que se pueden destacar en la formulación del posicionamiento:

Posicionamiento del cuidado de la salud integral de los menores	Posicionamiento de la estrategia AIEPI	Soporte de la promesa
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Una opción por la vida y el bienestar de nuestros pequeños. ❑ Un derecho de los menores. ❑ Una responsabilidad de todos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Una estrategia mundialmente validada para enfrentar los principales problemas de salud de los menores. ❑ Una intervención con una relación costo-beneficio comprobada. 	<p>Implementación simultánea de los componentes en forma articulada y organizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Mejoramiento de las habilidades del personal de salud. ❑ Fortalecimiento de los servicios de salud. ❑ Mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección de los menores en el hogar.

A continuación presentamos otras ventajas de la estrategia AIEPI que nos pueden ayudar en las acciones de comunicación que vayamos a desarrollar.

Beneficios de la estrategia AIEPI

Aborda los principales problemas de salud del niño y de la niña. AIEPI considera imprescindible evaluar en forma sistemática, durante la atención, las causas más importantes de mortalidad y morbilidad infantiles, los antecedentes de vacunación, los problemas de alimentación, y factores como la lactancia materna, el desarrollo y el afecto, entre otros.

Asegura en primer lugar la identificación precoz de todos los menores gravemente enfermos, con enfoque de riesgo.

Responde a la demanda actual de atención de la población. Tres de cada cuatro niños que acuden diariamente a hospitales, centros de salud y proveedores de atención padecen una de las cinco enfermedades a cuyo control está dirigida la AIEPI.

Fomenta la aplicación de acciones de promoción y prevención como condición necesaria para garantizar la salud integral de la niñez. La estrategia contempla a la familia y a la comunidad como actores principales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los más pequeños.

Es eficaz en función de los costos. El Banco Mundial (1993) incluyó a la AIEPI dentro de las 10 intervenciones más eficaces en función de los costos para los países de ingresos bajos y medianos. El tratamiento incorrecto de enfermedades de la infancia lleva a que se derrochen los escasos recursos de que disponen algunos países.

Beneficios de la estrategia AIEPI (cont.)

Disminuye la inequidad. La estrategia AIEPI asegura una atención de calidad en el primer nivel de atención a través de la incorporación de medidas preventivas y curativas sencillas que protegen al menor de la muerte por neumonía, diarrea, sarampión, malaria y desnutrición. De esta manera disminuye la inequidad en la atención de salud.

Refuerza el concepto de integralidad. Es innovadora en cuanto al concepto y a la práctica de atención al menor, ya que durante esa instancia toma en cuenta el estado integral de la salud y no exclusivamente la enfermedad que pueda padecer el niño.

Fortalece la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud las herramientas para resolver adecuadamente los problemas que afectan con mayor frecuencia la salud del menor, y que son motivo recurrente de consulta.

Fortalece la participación de la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño. La educación para el cuidado de la salud, la comunicación y la recolección de información permiten conocer, intercambiar y/o cualificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los padres, los maestros y de otras personas encargadas de atender al niño en el hogar y en la comunidad.

Puede adaptarse a la situación epidemiológica local. Retoma los problemas de salud del país o del área donde se implementará la estrategia y los incorpora a su cuerpo de información y a sus planes de acción básicos.

Tiene ámbitos de aplicación en el servicio de salud y en la comunidad. En los servicios de salud, la estrategia AIEPI hace énfasis en el manejo de casos; en la comunidad se hace hincapié en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y en los factores protectores.

¿Qué beneficios obtendremos si diseñamos e implementamos estrategias de comunicación para hacer visibles las ventajas del cuidado de la salud integral de los menores a través de alianzas a nivel nacional, regional y local?

- Compartiremos mensajes comunes con las diferentes audiencias en las cuales nos interesa influir.
- Conoceremos y valoraremos los beneficios de la aplicación de la estrategia para nuestro trabajo y para la población.
- Podremos tener influencia en los diferentes actores sociales que queremos involucrar y comprometer con la implementación de la estrategia.
- Podremos ampliar el alcance del impacto de

la implementación de la AIEPI, a partir de la constitución de alianzas.

- Podremos articular esfuerzos con otras instituciones, programas o proyectos.
- Podremos ser una voz reconocida en la implementación de estrategias eficientes para mejorar la salud integral de los menores.
- Podremos contribuir a fortalecer la imagen de los servicios de salud de nuestra localidad.

A continuación, y a partir de la historia vivida por Juan Carlos, desarrollaremos cada uno de los pasos que necesitamos dar para diseñar estrategias de comunicación orientadas a hacer visibles los beneficios del cuidado de la salud integral de los pequeños y por ende las ventajas de la estrategia AIEPI para todos los actores involucrados.

PASO 1
Elaborar el diagnóstico

PASO 2
Diseñar las estrategias

PASO 3
Implementar las estrategias

PASO 4
Monitoreo y evaluación

La información recopilada y analizada como parte de este paso nos permitirá:

- Identificar y caracterizar a los actores sociales clave que nos interesa comprometer o que ya están comprometidos.
- Establecer cómo esta posicionada o cómo se percibe la estrategia AIEPI entre los diferentes actores sociales en que nos interesa influir.

- Identificar y caracterizar a las audiencias clave o actores en quienes queremos incidir.
- Evaluar el posicionamiento actual de la estrategia.
- Evaluar las acciones de comunicación desarrolladas.

Identificamos y caracterizamos a los actores sociales clave o audiencias

Cuanto más conozcamos a los actores sociales que nos interesa comprometer e involucrar en la implementación de AIEPI, más factible será que diseñemos estrategias de comunicación orientadas a incidir en la toma de decisiones y realización de acciones concretas de apoyo a la atención integral de la salud.

A partir de la historia vivida por Juan Carlos, comenzaremos por hacernos las siguientes preguntas, que se podrán adaptar a nuestras distintas realidades:

¿Quiénes son los actores clave que nos interesa involucrar y comprometer con la estrategia?	¿Qué ganamos con tener a estos actores como aliados en la estrategia?	¿Cuáles son o podrían ser los intereses de estos actores con respecto a la estrategia AIEPI?	¿Qué pueden hacer por AIEPI estos actores desde sus propios roles y funciones, y qué ganan con ello?	¿Se han mostrado estos actores a favor o en contra de AIEPI en alguna oportunidad?
<p>Ministro, directivos, asesores, equipo técnico del Ministerio de Salud</p> <p>Ministro, responsables de los planes de estudios, directivos y encargados del plan docente del Ministerio de Educación</p> <p>Directivos y representantes de las ONG</p> <p>Directivos y representantes de organismos de cooperación internacional</p> <p>Directivos y miembros de los colegios médicos, de enfermeras, etc.</p> <p>Alcaldes</p> <p>Dirigentes de organizaciones de base</p> <p>Otros</p>	<p>Lograr alianzas estratégicas para expandir los beneficios de la estrategia y para implementar acciones conjuntas orientadas a la promoción de las prácticas clave.</p> <p>Conformar una red de aliados en torno a la estrategia que puedan actuar como promotores de sus beneficios, alcances y resultados.</p> <p>Conformar una red de comunicadores y medios de comunicación aliados en torno a la estrategia y a la promoción de las prácticas clave.</p>	<p>Ministro de Educación Promocionar los esfuerzos del sector por una educación y cuidado integral de los niños y niñas, por fuera de las aulas.</p> <p>Directivos y representantes de ONG Una oportunidad para articular el trabajo a favor de la comunidad con el ente rector en salud. Aprender de la experiencia acumulada durante la implantación de la estrategia.</p> <p>Alcaldes Una oportunidad política para que la comunidad perciba su compromiso con la salud integral de los menores, las familias y la comunidad.</p>	<p>Equipo técnico del Ministerio de Salud Favorecer e impulsar la implementación articulada de los componentes de la estrategia en los servicios de salud.</p> <p>Ministro de Educación y directivos Decidir y coordinar la incorporación de algunos contenidos que favorezcan la promoción de las prácticas clave en los programas de estudio escolares.</p> <p>Impartir directivas que ayuden a promover en las escuelas los beneficios del cuidado de la salud integral de los pequeños.</p>	<p>El alcalde de un distrito</p> <p>Algunos representantes de ONG</p> <p>Asesor del Ministro</p> <p>Un medio de comunicación impreso</p> <p>Otros</p>

¿Quiénes son los actores clave que nos interesa involucrar y comprometer con la estrategia?	¿Qué ganamos con tener a estos actores como aliados en la estrategia?	¿Cuáles son o podrían ser los intereses de estos actores con respecto a la estrategia AIEPI?	¿Qué pueden hacer por AIEPI estos actores desde sus propios roles y funciones, y qué ganan con ello?	¿Se han mostrado estos actores a favor o en contra de AIEPI en alguna oportunidad?
		<p>Medios de comunicación Contar con una fuente de información confiable sobre temas de salud de la niñez.</p>	<p>Dirigentes de organizaciones de base Promover los beneficios de la estrategia y del cuidado de la salud integral de los menores</p> <p>Otros</p>	

Sabemos cómo está posicionada la estrategia frente a cada uno de los actores sociales

Para responder a estas preguntas podremos, al igual que Juan Carlos, realizar algunas entrevistas que nos ayuden a obtener la información deseada:

<p>¿Conocen esos actores los objetivos y beneficios de la estrategia? ¿Conoce algunos resultados o avances de su implementación?</p>	<p>¿Cómo perciben en general la estrategia? ¿Cuál es la percepción acerca de los beneficios de la misma?</p>	<p>¿Conocen estos actores el significado del cuidado de la salud integral de los menores y sus beneficios?</p>	<p>¿Saben cuáles son sus responsabilidades en el cuidado de la salud integral de los menores, de las familias y de la comunidad?</p>
<p>Equipo de salud en el nivel central y local: conoce muy poco.</p> <p>Directivos y asesores del Ministerio de Educación: conocen poco.</p> <p>Los alcaldes: en su mayoría no conocen nada.</p>	<p>Actores sociales del nivel nacional, directivos de los ministerios, representantes de ONG y de organismos de cooperación internacional etc.: no perciben claramente los beneficios.</p> <p>En el nivel local existe una mayor claridad en algunos actores sociales como los maestros, dirigentes y personal capacitado en AIEPI.</p>	<p>En el nivel nacional, los representantes de ministerios y de las ONG: tienen ideas más o menos claras pero no necesariamente las comparten.</p> <p>En el nivel local: los maestros tienen una clara percepción de los beneficios.</p>	<p>En el nivel nacional: los actores sociales conocen los esfuerzos alrededor de la estrategia pero no saben cómo articularlos.</p> <p>En el nivel local: algunos alcaldes creen que es responsabilidad exclusiva del sector salud.</p> <p>Algunos miembros de los equipos de salud se sienten ajenos a tales responsabilidades.</p>

Evaluamos el posicionamiento actual de la estrategia

Con la información cualitativa recabada y el propio análisis que desarrolle el equipo, pensamos que es recomendable reunirnos para sistematizar la informa-

ción en la matriz de análisis que aparece a continuación. Recordemos que las fortalezas y debilidades son internas, mientras que las oportunidades y amenazas son externas. A partir de la experiencia vivida por Juan Carlos podríamos decir lo siguiente:

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Posicionamiento actual: ¿Cómo nos perciben actualmente los actores sociales?	Un alternativa interesante pero poco conocida.	Desconocimiento de los beneficios de la estrategia. Consideran exclusivamente su carácter curativo mas no los aspectos preventivos y promocionales. No se perciben los aportes de la estrategia al cuidado sanitario y a la salud integral de los menores. El nombre no ayuda a reforzar los beneficios de la salud integral para los pequeños y no se asocia fácilmente a los mismos.	Los representantes del Ministerio de Educación están dispuestos a conocer mejor y a coordinar acciones en el nivel central. Los medios de comunicación pueden ser aliados; logramos traducir los beneficios de la estrategia en hechos de carácter noticioso.	

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
<p>Posicionamiento de la estrategia en el equipo e salud (público interno):</p> <p>¿Cómo nos percibe el equipo de salud?</p>	<p>Una estrategia importante pero conocida por pocos.</p> <p>En AIEPI participan solo los capacitados; los demás miembros del equipo son observadores pasivos.</p>	<p>Existe una visión fragmentada de la estrategia por componentes.</p>		
<p>Factores políticos y sociales que pueden influir en el posicionamiento de la estrategia</p>			<p>El Ministro de Salud apoya su implementación.</p> <p>La alianza con la Cruz Roja facilita el reconocimiento de los beneficios del componente comunitario.</p>	<p>Algunos alcaldes no están a favor de su implementación.</p>

Evaluamos las acciones de comunicación

Es importante que realicemos un proceso de evaluación sistemática de las actividades que hemos llevado a cabo para posicionar los beneficios de AIEPI. Esto

con el fin de hacer un balance de lo avanzado y poder realizar los ajustes necesarios. En relación con el caso que venimos desarrollando, podríamos tener la siguiente información, a manera de ejemplo:

	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Mensajes transmitidos para posicionar la estrategia		<p>Los mensajes son confusos, muy técnicos y poco amigables.</p> <p>Son genéricos e iguales para todos los actores sociales.</p>		
Actividades desarrolladas por el equipo para posicionar la estrategia AIEPI	<p>El equipo de salud está motivado para desarrollar acciones de comunicación que hagan visibles los beneficios de la estrategia.</p>	<p>Las pocas actividades que se han desarrollado son inconexas, muy esporádicas y carecen de objetivos claros.</p> <p>Se han priorizado solo presentaciones en algún medio local.</p>	<p>Los voluntarios de la Cruz Roja y los promotores de salud pueden ser excelentes comunicadores de los beneficios del cuidado de la salud integral de los pequeños y de la comunidad en general.</p>	
Materiales de comunicación que pueden apoyar o apoyan las estrategias de posicionamiento	<p>Se cuenta con un video motivador acerca de la estrategia AIEPI.</p>	<p>No se cuenta con un juego de materiales de abogacía y promoción diferenciado por actores.</p>		

PASO 1
Elaborar el diagnóstico

PASO 2
Diseñar las estrategias

PASO 3
Implementar las estrategias

PASO 4
Monitoreo y evaluación

El diseño de estrategias de comunicación comprende los siguientes aspectos:

- a. Identificación de público objetivo o destinatarios
- b. Definición de objetivos
- c. Definición de estrategias de abogacía y promoción
- d. Definición de mensajes
- e. Mezcla comunicacional: espacios y recursos

Identificamos al público objetivo o destinatarios

La **audiencia** es la persona o grupo de personas que en la estrategia AIEPI se conocen también como actores clave: aquellos en los que queremos influir y a los que queremos conquistar como aliados para su implementación.

La idea es elaborar un mapa de actores que nos ayude a identificar no solo a aquellos posibles aliados que nos ayudarán a abogar por la estrategia, sino también a los posibles opositores que pueden obstaculizar nuestros esfuerzos. Esto es importante para el diseño de estrategias específicas.

Recuerden que seremos más efectivos si además de conocer a nuestros posibles aliados, sabemos también cómo piensan los probables opositores, y por qué se podrían sentir amenazados por la implementación de la estrategia. Es importante considerar si hay algo que podamos hacer para persuadir a los opositores con el propósito de que cambien sus opiniones, o por lo menos de que no se opongan rotundamente al cambio de política que deseamos lograr.

A continuación se presenta una posible lista de actores sociales que Juan Carlos y su equipo pueden considerar:

Nivel nacional	Nivel local
Ministerio de Salud, directivos, gabinete de asesores	<input type="checkbox"/> Personal de salud
Ministerio de Educación, directivos, gabinete de asesores	<input type="checkbox"/> Voluntarios de la Cruz Roja
Jefe de la Oficina de Comunicaciones	<input type="checkbox"/> Promotores de salud
Directivos y representantes de organismos de la cooperación internacional	<input type="checkbox"/> Alcaldes y gobierno local
Directivos y representantes de organismos no gubernamentales de desarrollo	<input type="checkbox"/> Directores y maestros de escuelas
Directores y periodistas de medios de comunicación	<input type="checkbox"/> Organizaciones no gubernamentales de desarrollo
Otros	<input type="checkbox"/> Dirigentes o líderes de organizaciones de base
	<input type="checkbox"/> Representantes de iglesias
	<input type="checkbox"/> Otros

Definimos los objetivos

Es recomendable que definamos uno o dos **objetivos generales** vinculados al posicionamiento. En el caso de nuestra historia podrían ser:

- Posicionar el cuidado de la salud integral de los menores como un derecho y una opción por la vida, cuyo logro es responsabilidad de todos los actores sociales.
- Posicionar la estrategia AIEPI como una herramienta mundialmente validada para enfrentar los principales problemas de salud de los pequeños y con demostrados beneficios económicos y sociales para los países que optan por aplicarla.

Los **objetivos específicos** deben estar referidos a cada uno de los actores sociales que hayamos definido como público destinatario. En este caso se formularán los objetivos en términos de los comportamientos que esperamos de cada uno de estos actores sociales, teniendo en cuenta que no solo nos interesa que conozcan los beneficios de la estrategia, sino fundamentalmente que se involucren y se comprometan a promoverla a través de algunas acciones puntuales desde su propio rol a favor de sus objetivos. Se pretende que desarrollen, aprueben, cambien o garanticen la implementación de algunas actividades concretas a favor de AIEPI. A continuación presentamos un ejemplo a la luz de la historia vivida por Juan Carlos:

Actor social	Comportamiento esperado ²
Ministro de Educación	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formaliza oficialmente la incorporación de los contenidos básicos para la promoción de las prácticas clave en los programas de estudio escolares.
Equipo de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comparte con los miembros del equipo una misma visión sobre AIEPI. <input type="checkbox"/> Comunica los beneficios de la estrategia a partir de su propia práctica dentro y fuera de los servicios de salud. <input type="checkbox"/> Implementa de manera articulada los componentes de AIEPI. <input type="checkbox"/> Lleva a cabo acciones de comunicación dentro y fuera de los servicios de salud para promocionar los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores.
Alcaldes	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abogan públicamente a favor de los beneficios de la estrategia AIEPI y promueven los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores. <input type="checkbox"/> Convocan y coordinan con los servicios de salud, así como con otros sectores sociales y productivos, la responsabilidad de promocionar los beneficios del cuidado de la salud integral de los pequeños y de las prácticas clave priorizadas como una misión compartida. Esto con el fin de que se difunda la información y se generen procesos educativos en salud que apoyen este propósito.
Líderes de organizaciones de base	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comunican los beneficios del cuidado de la salud integral de los pequeños en cualquier oportunidad de contacto con la comunidad y sus organizaciones. <input type="checkbox"/> Difunden los beneficios de la estrategia AIEPI entre otros líderes de la comunidad.

² Los comportamientos esperados han sido adaptados de los contenidos de las Guías del Alcalde y organizaciones de base del Proyecto AIEPI Comunitario- Cruz Roja.

Continuado de la pág. 38

Actor social	Comportamiento esperado
Líderes de organizaciones de base (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Llevan un registro de los menores de 5 años y de las madres gestantes y lo mantienen actualizado. ❑ Notifican los resultados al establecimiento o red de salud de su zona. ❑ Organizan y ponen en marcha un Sistema de Referencia Comunitario de casos graves donde se registren los de aquellos menores que necesiten atención fuera del hogar y de mujeres gestantes que presenten alguna señal de peligro durante el embarazo y/o después del parto. ❑ Coordinan con el municipio y con otras organizaciones (comités vecinales, transportistas, etc.). ❑ Informa a los asociados cómo llegar a los servicios de salud y cómo usarlos. ❑ Movilizan a los asociados para que participen en las campañas de salud que se hagan en la comunidad (vacunación, saneamiento ambiental, etc.).

Definimos los mensajes o argumentos

Los mensajes —en este caso también llamados argumentos— deben comunicar a los actores sociales:

- lo que deben hacer,
- por qué vale la pena hacerlo, y
- el impacto positivo de dicha acción.

Generalmente tendremos poco tiempo para comunicar estos mensajes, así que es mejor planificar de antemano lo que queremos decir. La improvisación no solo puede representar una pérdida de tiempo, sino que nos llevaría a sacrificar nuestras posibilidades de éxito en lo que se refiere a convencer a nuestros actores sociales.

Los argumentos o mensajes deben ser elaborados sobre la base de las características de cada actor clave. No es lo mismo dirigirse a una autoridad local —un alcalde, por ejemplo— que a un líder comunal, a un voluntario de la Cruz Roja o a un agente comunitario de salud, a un representante de un organismo internacional o al Ministro de Salud, etc., porque cada uno tiene sus propios intereses y expectativas. En este sentido, es necesario elaborar argumentos sólidos para cada uno de estos interlocutores, a partir del conocimiento de sus posiciones, necesidades e intereses.

Es recomendable que los argumentos contengan la siguiente información de acuerdo con los intereses de nuestro interlocutor:

Información cualitativa y cuantitativa

La información presentada debe ser breve pero con el suficiente sustento como para convencer al otro; no se trata solo de expresar nuestras buenas intenciones. Por ello es necesario presentar información estadística o generada por investigaciones cualitativas y cuantitativas. En el caso de AIEPI podemos presentar el número de muertes infantiles que han sido evitadas y de menores beneficiados, así como algunos testimonios extractados de los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas que hemos desarrollado en cada uno de nuestros países.

Por ejemplo, si tuviéramos que generar argumentos de abogacía para el alcalde de una comunidad imaginaria denominada San Andrés, podríamos utilizar los siguientes:

“Cada año mueren casi 257.000 niñas y niños menores de 5 años, especialmente en las poblaciones urbano-marginales de los países de la región de las Américas, debido a enfermedades que podrían ser evitadas o tratadas”.

“En la localidad de San Andrés, en el año 2003 ocurrieron 122 muertes de niños menores de 5 años, la mayoría por diarrea, neumonía y complicaciones en el momento del parto. Un estudio de carácter cualitativo desarrollado ese mismo año estableció que la mayor parte de las familias no identifica a tiempo los signos de peligro y admite que lleva a sus hijos en situaciones de enfermedad grave. También reconocen que no cumplen con los tratamientos que prescribe el médico porque no comprenden la explicación que les brindan. Asimismo reconocen que ante la existencia de una enfermedad, la primera opción es acudir adonde alguien “que sabe” —como el curandero— y que prefieren las medicinas tradicionales.

“Llego la hora de actuar: el cuidado de la salud integral de nuestros pequeños es responsabilidad de todos los actores de la comunidad, así como del municipio y su alcalde. La vida y bienestar de nuestros niños es lo primero”.

Información económica

Es usual apelar a proyecciones económicas, especialmente a aquellas referidas a los ahorros presupuestales realizables si se implementan las acciones que estamos proponiendo. Un ejemplo sería:

“La estrategia AIEPI está validada a nivel mundial y ha probado ser la más efectiva en función de los costos, en la medida en que evita desperdicios económicos originados en malos tratamientos o malos diagnósticos en el momento de la identificación de la enfermedad. Por lo tanto se constituye en una alternativa muy provechosa y merecedora de apoyo en nuestra localidad para cumplir con los objetivos de cuidado de la salud integral de nuestros pequeños”.

Información política

Los actores que buscamos involucrar y comprometer son en muchos casos personas que tienen poder de decisión o influencia. Si deseamos que participen y apoyen nuestra posición, es recomendable resaltar los beneficios que traería el respaldo a la estrategia AIEPI para su posición política. Esto ya fue mencionado cuando se abordó el tema de los beneficios que obtendría el actor al participar y comprometerse.

Así pues, si tuviéramos que definir un conjunto de argumentos para convencer a los alcaldes, podríamos emplear los siguientes, haciendo hincapié en los beneficios que tal apoyo traería a sus propias funciones políticas:

- Es una oportunidad para reforzar o lograr el reconocimiento de la comunidad y los pares al poner en marcha una estrategia de comprobada eficacia para el cuidado de la salud integral de los niños y niñas de la comunidad, mediante la articulación de esfuerzos en los que participa una variedad de actores locales (juntas vecinales, iglesia, ONG y otros).
- Optimizamos el uso de los recursos disponibles en el municipio a favor de la salud de los niños y de la comunidad, al tiempo que movilizamos mayores recursos y aumentamos la inversión social para el desarrollo de la localidad.
- La inversión en los menores y en las mujeres gestantes garantiza el desarrollo sostenible de su localidad, asegurando un mejor futuro a la infancia.

Definimos las estrategias de abogacía y promoción

Ahora que ya sabemos cómo podemos lograr los objetivos de posicionamiento y los comportamientos espe-

rados en cada actor social priorizado como público destinatario, estamos listos para definir estrategias de abogacía y promoción que evidencien su compromiso con el cuidado de la salud integral de los menores en apoyo a la implementación de la estrategia AIEPI.

A partir de la historia protagonizada por Juan Carlos, podríamos proponer, a manera de ejemplo, el desarrollo de las siguientes estrategias, que pueden ser aplicadas desde el nivel central, regional o local:

Comunicación interna para crear una visión compartida

Se desarrollarán acciones que favorezcan espacios de encuentro para posicionar la estrategia dentro de los propios equipos de salud (constituidos por el personal de salud, los voluntarios de Cruz Roja y los agentes comunitarios de salud) del nivel central, regional y local. En este marco se implementarán talleres de inducción, los cuales se iniciarán con un proceso de reflexión y construcción conjunta de la problemática de salud infantil que afecta al país, a la región o a la localidad. A partir de ellos se mostrarán evidencias que permitan probar los beneficios de la implementación de la estrategia con sus tres componentes (personal de salud, servicios de salud y comunitario) para el cuidado de la salud integral de los niños, así como sus aportes al propio trabajo cotidiano del equipo de salud.

Del mismo modo, como estrategia de mantenimiento y aprendizaje a partir de la práctica, se organizarán **grupos internos de aprendizaje (GIA)** conformados por enfermeras, médicos, auxiliares, agentes comunitarios de salud y voluntarios de Cruz Roja, con el fin de crear espacios para el intercambio de saberes y experiencias entre los participantes. Estos grupos serán conducidos por un facilitador o tutor, que puede ser algún miembro del propio equipo de salud, el cual ayudará a que los grupos reflexionen en

forma permanente acerca de la propia experiencia de implementación de la estrategia AIEPI. A partir de allí se podrán revalorar los aportes de la misma y propiciar la construcción de un proceso de permanente revisión y mejoramiento del trabajo.

Asimismo se podrá promover la realización de pasantías en determinadas localidades donde la estrategia esté siendo implementada, con el fin que los miembros de los equipos de salud de otros ámbitos puedan compartir experiencias y enseñanzas. De esta manera se reforzarán mutuamente en la apropiación de los beneficios de la estrategia para el cuidado de la salud integral de los pequeños.

Abogacía y promoción

Se llevarán a cabo acciones de abogacía con los actores sociales clave del nivel central, regional y local para evidenciar los beneficios de la atención integral de los menores y de AIEPI. Para ello se harán visitas personales a cada uno de los actores sociales que nos interesa comprometer e involucrar. Asimismo se los invitará a talleres participativos que pongan de relieve la problemática de salud del país, de la región o de la localidad, de modo que se reconozcan los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores, las ventajas de AIEPI, y el rol y aporte de los actores sociales. Para respaldar el desarrollo del proceso de abogacía se producirá un conjunto de materiales conformado por una carpeta y hojas informativas con la descripción de la problemática de salud y el rol de cada uno de los actores sociales, y un video motivador que evidencie los aportes de AIEPI en el cuidado de la salud integral de los menores y de la comunidad en general.

Se programarán visitas a los servicios de salud o visitas de campo para que los actores sociales comprueben y experimenten los beneficios de

AIEPI. Para ello se propiciará el contacto con algunos miembros de la comunidad, entre ellos líderes de organizaciones de base, maestros, el alcalde, el equipo de salud, etc., que se encuentran participando en el desarrollo de acciones concretas a favor de la promoción de las prácticas clave y de la implementación de AIEPI en general. Lo anterior permitirá que compartan experiencias y comprueben que es posible llevar a cabo estas acciones con éxito.

Los compromisos logrados como producto de las acciones de abogacía serán promocionadas en los diferentes medios de comunicación para que apunten la formación de corrientes de opinión favorables a la implementación de AIEPI.

El desarrollo de acciones de abogacía con los medios de comunicación buscará maximizar el potencial de los medios a favor de la causa que venimos promoviendo. Se hará un trabajo específico con cada medio de comunicación (propietarios y periodistas), con el fin de posicionar el cuidado de la salud integral de los menores y, en ese marco, el aporte de AIEPI. Se quiere que la estrategia tenga un lugar visible en la agenda pública, con los beneficios que ello pueda reportar para la salud y el buen desarrollo de la niñez.

PASO 1
Elaborar el diagnóstico

PASO 2
Diseñar las estrategias

PASO 3
Implementar las estrategias

PASO 4
Monitoreo y evaluación

Desarrollamos el plan de trabajo y el presupuesto

Ha llegado el momento de poner nuestras estrategias de posicionamiento en acción, y para ello debemos prepararnos como equipo definiendo el plan de trabajo y el presupuesto respectivo. A continuación recreamos un ejemplo, siempre a la luz de la experiencia de Juan Carlos:

	Actividad	Responsable	Cronograma	Presupuesto
Diagnóstico	Elaboración de mapa de actores sociales.	Rosarios Flores Fernando Gonzáles		
	Realización de entrevistas en profundidad con los actores sociales.			
	Reunión del equipo de salud para evaluar el posicionamiento.			

	Actividad	Responsable	Cronograma	Presupuesto
	Comunicación interna para crear una visión compartida	Francisco Fernández Flor Suárez José Bravo		
	Elaboración de propuesta de capacitación continuada e inducción para los equipos de salud.			
	Desarrollo de talleres de inducción.			
	Organización de grupos internos de aprendizaje (GIA).			
	Capacitación a tutores para los GIA.			
	Identificación de localidades modelo donde se esté llevando a cabo la estrategia AIEPI.			
	Pasantías.			

	Actividad	Responsable	Cronograma	Presupuesto
Abogacía	Elaboración de argumentos o mensajes para los diferentes actores sociales clave.	Juan Carlos Bocangel Vasco Fuenzalida Karina Guzmán		
	Producción de conjunto de materiales de abogacía.			
	Visitas personales a actores sociales clave.			
	Visitas guiadas a los servicios que llevan a cabo la estrategia AIEPI.			
	Diseño e implementación de talleres de sensibilización para actores sociales.			
	Elaboración de mapa de medios de comunicación.			
	Desarrollo de talleres con periodistas			
	Visita a directivos de medios de comunicación.			
	Participación en iniciativas de concertación para el desarrollo local.			

PASO 1 Elaborar el diagnóstico
PASO 2 Diseñar las estrategias
PASO 3 Implementar las estrategias
PASO 4 Monitoreo y evaluación

El enfoque de evaluación participativa es una alternativa que permite a los actores involucrarse activamente en la identificación de sus problemas, análisis de soluciones, realización de acciones y su seguimiento, evaluación de resultados, y especialmente en la vigilancia de los mismos. A continuación se presentan algunos indicadores de monitoreo que pueden servir de referente para los que seleccionen en el ámbito local:

Resultados a evaluar	Criterio de evaluación	Indicador	Fuente de información
Equipos de salud: promueven y abogan por la estrategia.	Efectividad	1. Número de integrantes del personal de salud que conocen los objetivos y beneficios de AIEPI.	Pre y post test para talleres de inducción
		2. Número de integrantes del personal de salud que participa en acciones de abogacía y promoción de la estrategia.	Lista de verificación
Actores sociales: promueven los beneficios del cuidado de la salud integral y de AIEPI.	Efectividad	3. Número de instituciones aliadas o actores que: <ul style="list-style-type: none"> - apoyan las actividades de AIEPI - dan declaraciones a favor - participan en el desarrollo de actividades - colaboran con recursos humanos, financieros, materiales, equipo. 	Lista de verificación
		4. Número y tipo de medios de comunicación que difunden gratuitamente los mensajes de las prácticas clave y los beneficios de la estrategia.	Lista de verificación
	Costos	5. Monto ahorrado por emisiones gratuitas en medios masivos.	- Sistema de registro - Instrumento
	Oportunidad	6. Número de mensajes sobre los beneficios de AIEPI que aparecen en prensa, radio y TV.	- Sistema de registro (notas de prensa y artículos publicados) - Instrumento

MEJORA DE LOS PROCESOS DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL PARA PROMOVER ENCUENTROS DE CALIDAD

Juanito, el menor de cinco hermanos, ha cumplido 18 meses y está comenzando a caminar. Una tarde el niño empezó a tener diarrea, pero María, su madre, no se daba tiempo para cambiarlo, pues con los otros niños tenía mucho trabajo en casa. Además creía que con los matecitos que le estaba dando ya le iba a pasar. Para completar, desplazarse al centro de salud le iba a tomar más de una hora y no tenía el tiempo para hacerlo.

Irene, vecina de María y dirigente de la comunidad, se enteró de que Juanito estaba con diarrea permanente, de modo que fue a casa de María y le llamó la atención. Le dijo que por mujeres como ella la comunidad no aprendía y por eso seguía aumentando la cantidad de niños enfermos. La instó entonces a que llevara al chiquillo al establecimiento de salud. Pero como María no se lleva bien con Irene, pensó que solo quería molestarla y hacerla sentir mal. Además creía que Irene debería estar cuidando a sus propios hijos en vez de perder el tiempo en las labores de dirigente.

María nunca había ido al establecimiento de salud, pues a sus niños los tuvo con una partera en su pueblito y le habían dicho que allí no los trataban bien y que los niños empeoraban, sobre todo cuando les ponían algo que llamaban vacuna.

Eusebio, el promotor de salud, avisado por Irene, visitó la casa de María e identificó inmediatamente los signos de alarma de Juanito. Probablemente se trataba de una deshidratación severa y el pequeño tenía que ser trasladado inmediatamente al establecimiento de salud. Sin embargo, al ver la resistencia de

María, se conformó con leerle de una cartilla los mensajes clave referidos al cuidado de un niño con estos síntomas. Como María no entendió algunos mensajes, preguntó a Eusebio pero éste se molestó y le dijo que llevara inmediatamente al niño al centro de salud.

Cuando Juanito presentó la quinta diarrea, ya ni siquiera se quejaba: estaba cansado y triste, aunque ya no lloraba. Entonces María recordó las palabras de Eusebio y comenzó a preocuparse. Así que le pidió a su esposo que la acompañara, pero él le respondió que la salud de los hijos era responsabilidad de la mujer y que la de él era trabajar.

Ya muy asustada llevó al niño al establecimiento de salud. En el camino se encontró con Jacinto, el alcalde del pueblo, quien le recordó que el miércoles tenían una asamblea y que no faltara, pero María ya no tenía cabeza para nada más que la salud de su hijo.

Casi llegando al centro de salud se encontró con José, el maestro de la escuela, quien le dijo que sus niños mayores habían faltado toda la semana a la escuela y que eso estaba muy mal pero en ningún momento le preguntó qué le pasaba a Juanito.

Ya casi sin fuerzas, María llegó al dispensario, pero desde la admisión le llamaron la atención por esperar tanto tiempo para llevar al niño. La persona que la atendió le arrancó la boleta de la mano y, con el ceño fruncido, le dijo que esperara su turno, sin darse cuenta de que el niño requería atención inmediata.

Después de mucho esperar con el niño en brazos, María pudo finalmente entrar a la consulta, donde fue atendida por la doctora Rosa, quien nuevamente le increpó: “¡Pero es el colmo! Tienen que esperar a que sus niños estén al borde

de la muerte para traerlos a consulta; ¡ustedes nunca van a cambiar! Después dicen que tienen miedo de venir aquí y prefieren que los niños se les mueran en los brazos; creen que con un par de mates ya solucionaron el problema”.

Sin preguntar a la madre mayores datos sobre la salud de Juanito, le espetó en forma afirmativa y levantando la voz: “¿Me imagino que sigues dándole sus alimentos verdad?” María, asustada y con voz muy bajita, asintió con la cabeza. Temía decirle que solo le estaba dando calditos y que le había suspendido los otros alimentos y la leche, pues creía que si se lo decía la iba a gritar más fuerte.

La doctora, después de revisar al niño, diagnosticó un cuadro de deshidratación severa, pero María se quedó sin entender. Por fin la doctora le dio la receta y le dijo que se acercara inmediatamente a la farmacia. María preguntó cómo debería dar las medicinas a su niño pero la doctora, ya muy molesta y sin paciencia, le explicó con términos técnicos que María no comprendió.

Al llegar a la farmacia María mostró la receta, pero el farmacéutico, muy enojado, dijo: “¡Siempre es lo mismo: escriben las recetas con una letra espantosa y no se comprende nada. Esa doctora está acostumbrada a hacer eso. Señora, regrese al consultorio y dígame que le vuelva a escribir la receta”!

Muy aturdida, María regresó al consultorio y, luego de esperar un buen rato, le pudo decir a la doctora lo sucedido. Ésta, muy alterada, llamó al farmacéutico y lo regañó de muy mala manera. El caso es que finalmente nadie le explicó bien a María cómo administrar las medicinas al niño.

Al salir del centro de salud, María se encon-

tró con un voluntario de la Cruz Roja quien, al verla llorando y con el niño en brazos, se le acercó y le preguntó que qué le pasaba. Ella le comentó lo sucedido de manera confusa y entre llantos. Viendo a la madre en ese estado, la hizo sentar, le trajo un vaso con agua y trató de tranquilizarla, para luego explicarle con paciencia lo que tenía que hacer.

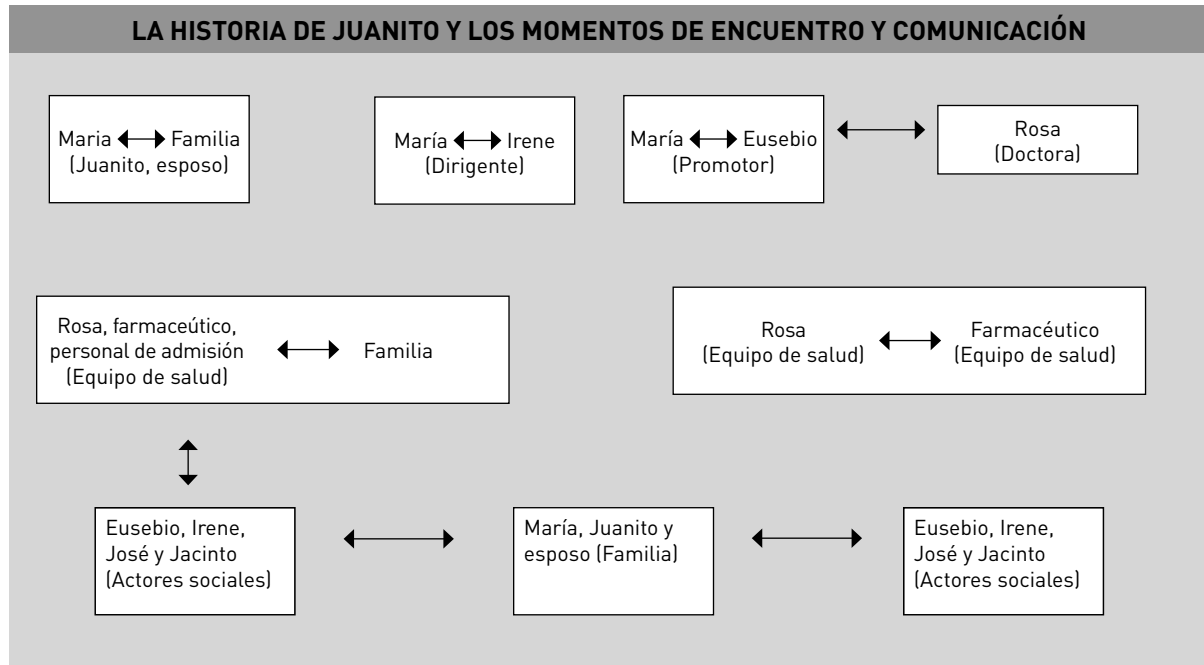
Al leer esta historia nos podríamos preguntar:

- ¿Hemos conocido alguna situación similar?
- ¿Hemos vivido esta situación?
- ¿Por qué se desencadenaron estos procesos de comunicación tan conflictivos?
- ¿Conoce María sus derechos y deberes respecto al cuidado de la salud integral de su niño?
- ¿Por qué sería que Eusebio, el promotor de salud, no cumplió con su labor de dar los mensajes de manera clara y sencilla?
- Irene, la dirigente de la comunidad, ¿supo aprovechar su rol para persuadir a María para que llevara a Juanito inmediatamente al centro de salud? ¿Comunicó de alguna manera los mensajes claves referidos a signos de peligro?
- ¿Con cuál de los personajes tuvo María una comunicación asertiva?
- Jacinto, el alcalde del pueblo, y José, el maestro de la escuela, ¿cumplieron su rol como autoridades del pueblo al ver la situación por la que pasaba María? ¿Qué debieron hacer en este caso?
- La comunicación entre la doctora y los otros miembros del equipo de salud, ¿está basada en el respeto y la confianza?

Como se evidencia en la historia y tal como se muestra gráficamente a continuación, existen diferentes momentos de encuentro y comunicación entre los equipos de salud y las familias, entre los actores de la comunidad y las familias, y dentro del propio equipo de salud. Lamentablemente, en este caso los proce-

Los procesos de comunicación son conflictivos, poco fluidos y no se orientan a generar procesos de diálogo y verdadero encuentro. Esto afecta indudablemente todo el

proceso de comportamiento y de toma de decisiones por parte de María y su familia, del propio equipo de salud y de los actores sociales.



Frente a esta realidad, que seguramente no nos es ajena, se trata de que estos encuentros, estos momentos de comunicación, sean de verdadera calidad, así:

Un equipo de personas que trabajan e interactúan en busca de un objetivo común: atender con calidad y calidez, desde sus respectivos roles y funciones, a las familias que necesitan de nuestros servicios, y mejorar las condiciones de salud de la comunidad.

- La doctora, el personal de admisión y el farmacéutico pudieron haberlo hecho atendiendo a Juanito y a María de una manera amable y cordial, con el fin de ayudar inmediatamente a la madre a resolver el problema de salud del niño.

Desde la admisión misma se pudo haber identificado el cuadro de gravedad de Juanito y referirlo inmediatamente a urgencias para

que se tomaran las medidas del caso. La doctora pudo haber tranquilizado a la madre y atender a Juanito, para luego pedir a María que se acercara a la farmacia por las medicinas. El farmacéutico, al ver la situación de la mujer, la debió atender inmediatamente y tranquilizarla.

Familias que conocen y ejercen sus derechos y responsabilidades respecto al cuidado de la salud integral de sus pequeños, de todo el núcleo familiar y de la comunidad.

- María habría podido identificar los signos de alarma ante un caso de deshidratación si hubiera asistido a las sesiones educativas que se dieron en la escuela, organizadas por el maestro. Eso le habría permitido atender inmediatamente a Juanito y llevarlo al centro de salud más cercano.

- En el establecimiento de salud le hubiera pedido a la doctora que le explicara qué enfermedad tenía Juanito y cómo podía evitarla en un futuro, así como el tratamiento que debía seguir en su casa, verificando su propia comprensión a través de preguntas sobre la dosis exacta de las medicinas que debía administrarle.

Actores sociales conscientes de su rol y responsabilidades para la promoción y vigilancia del cuidado de la salud integral de los menores, de las propias familias y de la comunidad.

- Irene, en su calidad de dirigente de la comunidad, y al darse cuenta de la condición de Juanito durante su visita a María, le hubiera podido sugerir que llamara a Eusebio, el promotor de salud, para que le sugiriera qué hacer.
- Eusebio, al visitar la casa de María y ver el cuadro de Juanito, le habría explicado qué hacer de inmediato y la habría acompañado al establecimiento de salud más cercano para que le brindaran al niño la atención necesaria.
- José, el maestro de la escuela, al encontrarse a María cargando al niño, le ha debido preguntar qué le pasaba. Ante la explicación de María le hubiera acompañado a la casa de Jacinto el alcalde, que estaba muy cerca, para que los llevara en la camioneta de la municipalidad al establecimiento de salud.

Por todo lo anterior, creemos importante y necesario abordar la manera en que se pueden mejorar los procesos de **comunicación interpersonal** entre los equipos de salud y las familias, los actores sociales y las familias, entre los equipos de salud y los actores sociales y entre los propios equipos de salud, dado que es una condición indispensable para llevar a cabo acciones de promoción de las prácticas clave. Recordemos que aquí no estamos hablando exclusivamente de

transmitir información, sino de desencadenar verdaderos procesos de comunicación participativa que contribuyan a cumplir nuestro objetivo.

En esta sección de la guía abordaremos entonces los elementos básicos de la **comunicación asertiva** y presentaremos una propuesta para que podamos implementar estrategias y actividades que nos ayuden a mejorar los procesos de comunicación interpersonal entre los grupos anteriormente mencionados para favorecer la eficiente adopción de las prácticas clave por parte de la comunidad.

Los invitamos a que revisemos juntos algunos aspectos conceptuales, para luego pasar a discutir cómo podríamos hacer para mejorar nuestros procesos de comunicación interpersonal y grupal entre los actores aludidos.

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA, UN COMPONENTE FUNDAMENTAL DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Los seres humanos nos comunicamos permanentemente, lo cual nos brinda la posibilidad de intercambiar, es decir, de dar y recibir, y en ese proceso expresamos y compartimos sentimientos, emociones, valores, ideas, necesidades, etc.

La comunicación puede ser verbal y no verbal. Nos comunicamos verbalmente cuando usamos el lenguaje oral, y de manera no verbal cuando usamos señas como por ejemplo asentir con la cabeza o mirar a alguien en señal de aprobación, o cuando levantamos una ceja en señal de duda, o cuando damos una palmadita en el hombro para expresar cariño y comprensión.

A través de la comunicación logramos ...

- Llegar a acuerdos y soluciones democráticas, producto del diálogo y el respeto, frente a diversos problemas o situaciones.
- Establecer normas claras de trabajo y coordinación con nuestro equipo de trabajo y con la comunidad.
- Mejorar nuestra relación con los demás a partir de una relación más sólida con nosotros mismos.
- Conocer mejor a las personas con las que cotidianamente nos relacionamos en nuestro entorno laboral (miembros de nuestro equipo de trabajo, personas de otros servicios, familias, actores sociales, etc.).

Conozcamos algunas formas de comunicación:

- **Comunicación agresiva:** Se basa en una actitud defensiva.
 - “¡Pero es el colmo! Tienen que esperar a que sus niños estén al borde de la muerte para traerlos a consulta; ¡ustedes nunca van a cambiar! Después dicen que tienen miedo de venir aquí y prefieren que los niños se les mueran en los brazos; creen que con un par de mates ya solucionaron el problema” (Rosa, la doctora).
- **Comunicación pasiva:** Una de las partes cede su opinión para dar paso a la del otro.
 - Sin preguntar a la madre mayores datos sobre la salud del niño, le espetó en forma afirmativa y levantando la voz: “¿Me imagino que sigues dándole sus alimentos verdad?” María, asustada y con voz muy bajita, asintió con la cabeza. Temía decirle que solo le estaba dando calditos y que le había suspendido los otros alimentos y la leche, pues creía que si se lo decía la iba a gritar más fuerte (María, madre de Juanito).

- **Comunicación asertiva:** Es la comunicación basada en el respeto y la tolerancia que nos ayuda a mejorar nuestras relaciones interpersonales y a promover encuentros de calidad en cada oportunidad de contacto que tenemos, no solo con las familias y actores sociales, sino también con los miembros de nuestro equipo de trabajo.
 - Al salir del centro de salud, María se encontró con un voluntario de la Cruz Roja, quien, al verla llorando y con el niño en brazos, se le acercó y le preguntó que qué le pasaba. Ella le comentó lo sucedido de manera confusa y entre llantos. Al ver a la madre en ese estado la hizo sentar, le trajo un vaso con agua y trató de tranquilizarla para luego explicarle con paciencia lo que tenía que hacer (voluntario de La Cruz Roja).

La comunicación asertiva se caracteriza por ser:

- Directa, clara y específica al transmitir sentimientos, pensamientos y necesidades.
- Honesta, en la medida en que expresa acertadamente nuestros verdaderos sentimientos, opiniones, o preferencias sin pordebajarnos ni pordebajear a los demás en el proceso. Descarta cualquier forma de manipulación sutil.
- Describe un lenguaje no verbal caracterizado por:
 - expresión facial, atenta, interesada, congruente con lo que se expresa;
 - contacto visual directo;
 - postura relajada;
 - tono de voz moderado; y
 - velocidad del habla moderada.
- Se evitan los calificativos o etiquetas para las personas; se busca más bien la descripción de los sentimientos y de los pensamientos que producen en el sujeto un mensaje determinado, enunciando lo que se desearía.

- Se dirige hacia la solución de problemas por medio de la negociación, compromiso y búsqueda de alternativas posibles; se trata de enfrentar los problemas en el momento en que suceden mediante una relación de tipo empático (ponerse en el lugar del otro) y de la clarificación de sentimientos negativos y malos entendidos.
- Se establece una relación fluida y de buen trato con las personas.

Por ejemplo, la historia de María y Juanito habría sido distinta se hubieran establecido procesos de comunicación asertiva, así:

Características de la comunicación asertiva	Historia sin comunicación asertiva	Historia con comunicación asertiva
Directa, clara y específica	La doctora, después de revisar al niño, diagnosticó un cuadro de deshidratación severa, María no entendía lo que le decía.	La doctora, después de revisar al niño, diagnosticó un cuadro de deshidratación severa y explicó de manera clara y sencilla a María lo que esto significaba y la gravedad del caso.
Honesta	Al llegar a la farmacia María mostró la receta, pero el farmacéutico, muy enojado, dijo: ¡Siempre es lo mismo: escriben las recetas con una letra espantosa y no se comprende nada; esa doctora está acostumbrada a hacer eso. Señora, regrese y dígame que le vuelva a escribir la receta!	Al llegar a la farmacia María mostró la receta, pero el farmacéutico, al no comprender lo que estaba escrito, llamó a la doctora y le dijo: “Doctora, buenos días, aquí está una paciente suya que ha traído una receta, pero la verdad es que no entiendo la letra ¿Podría por favor enviarme otra receta? Muchas gracias”.
Lenguaje no verbal	Ya casi sin fuerzas, María llegó al dispensario, pero desde la admisión le llamaron la atención por esperar tanto tiempo para llevar al niño. La persona que la atendió le arrancó la boleta de la mano y, con el ceño fruncido, le dijo que esperara su turno, sin darse cuenta de que el niño requería ser derivado inmediatamente al servicio de urgencias.	Ya casi sin fuerzas, María llegó al dispensario. La persona que estaba en admisión se dio cuenta del nerviosismo de la señora y le dijo que se tranquilizara, le sonrió y le pidió la boleta para hacerla pasar inmediatamente a urgencias, pues notó claramente la gravedad del niño.

Continúa de la pág. 51

Características de la comunicación asertiva	Historia sin comunicación asertiva	Historia con comunicación asertiva
Se evitan calificativos	Irene, vecina de María y dirigente de la comunidad, se enteró de que Juanito había estado todo el día con diarrea, de modo que fue a casa de María y le llamó la atención. Le dijo que por mujeres como ella la comunidad no aprendía y por eso seguía aumentando la cantidad de niños enfermos. La instó entonces a que llevara al chiquillo al establecimiento de salud.	Irene, vecina de María y dirigente de la comunidad se enteró de que Juanito había estado con diarrea. Así que fue a su casa y le explicó de manera clara y sencilla la condición del niño, aconsejándole que lo llevara inmediatamente al establecimiento de salud. Además, como Irene conoce de tiempo atrás a María y sabe que es una mujer responsable, está segura que lo hará y así será un ejemplo para todas las madres de la comunidad.
Se dirige hacia la solución de problemas	Muy aturdida, María regresó al consultorio y, luego de esperar un buen rato, le pudo decir a la doctora lo sucedido. Ésta, muy molesta, llamó al farmacéutico y lo regañó de muy mala manera.	Muy aturdida, María regresó al consultorio y, luego de esperar un buen rato, comentó a la doctora lo sucedido. Ésta, con el fin de solucionar el problema llamó al farmacéutico y le dijo que ya le estaba enviando la receta. Asimismo le explicó nuevamente a María la forma en que debería dar las medicinas al niño. Luego conversó con el farmacéutico para coordinar y ponerse de acuerdo.

A continuación presentamos tres conceptos clave para entender la comunicación asertiva:

Confianza	Empatía	Respeto
Es una opción, una elección. Una persona confía en otra cuando cree que ésta no le hará daño. El tipo de cooperación que obtienes de las personas que trabajan contigo dependerá de si existe o no confianza en la relación. Es el primer paso para tener relaciones interpersonales saludables tanto entre compañeros de trabajo, como en las familias y en la comunidad.	Es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona. Esto implica un nivel de apertura y tolerancia, amabilidad y una relación horizontal, activa, personalizada, simple y eficaz que permita eliminar toda barrera comunicacional entre las personas. En ese sentido, la empatía es un vínculo real que nos permite ponernos en el lugar del otro, lo cual favorece la comunicación y el trabajo en equipo.	Es una actitud que traduce un valor de consideración hacia uno mismo y hacia el otro. Debe estar presente en todo proceso de comunicación, y sobre todo en las relaciones interpersonales. El respeto es un elemento central de todo proceso de comunicación y está vinculado al concepto de autoestima, pues en la medida que tengamos sentimientos de valoración y consideración para con nosotros mismos, los tendremos para con los demás.

Ahora que conocemos los elementos que forman parte del proceso de comunicación asertiva, es importante tener en cuenta los enfoques que están presentes en los procesos de comunicación interpersonal que se dan dentro de los equipos de trabajo, en los contactos y relaciones con las familias, la comunidad y los actores sociales, y dentro de los propios servicios de

salud, los cuales fueron abordados en el primer capítulo: Interculturalidad, género, derechos y responsabilidades.

Regresando nuevamente a la historia de María y Juanito, analicemos algunas situaciones donde se evidencia la ausencia de los enfoques antes tratados:

Situaciones de la historia	Enfoque ausente
Una tarde el niño empezó a tener diarrea, pero María no se daba el tiempo para cambiarlo, pues con los otros niños tenía mucho trabajo en casa. Como toda mujer de zona rural, pensó que con los matecitos que le estaba dando ya le iba a pasar.	Deberes y derechos frente a la salud del niño
Ella nunca había ido al establecimiento de salud, pues a sus niños los tuvo en su pueblito con una partera y le habían dicho que allí no los trataban bien y que los niños empeoraban, sobre todo cuando les ponían algo que llamaban vacuna.	Interculturalidad
Cuando Juanito presentó la quinta diarrea, ya ni siquiera se quejaba: estaba cansado y triste, pero ya no lloraba. Entonces María recordó las palabras de Eusebio y comenzó a preocuparse. Así que le pidió a su esposo que la acompañara, pero él le respondió que la salud de los hijos era responsabilidad de la mujer y que la de él era trabajar.	Género
María, asustada y con voz muy bajita, asintió con la cabeza. Temía decirle que solo le estaba dando calditos y le había suspendido los otros alimentos y la leche, pues creía que si se lo decía la iba a gritar más fuerte.	Derecho de preguntar cuando no se entiende algo
La doctora, después de revisar al niño, diagnosticó un cuadro de deshidratación severa, pero María se quedó sin entender. Por fin la doctora le dio la receta y le dijo que se acercara inmediatamente a la farmacia. María preguntó cómo debería dar las medicinas a su niño pero la doctora, ya muy molesta y sin paciencia, le explicó con términos técnicos que María no comprendió.	Deberes como proveedora de salud

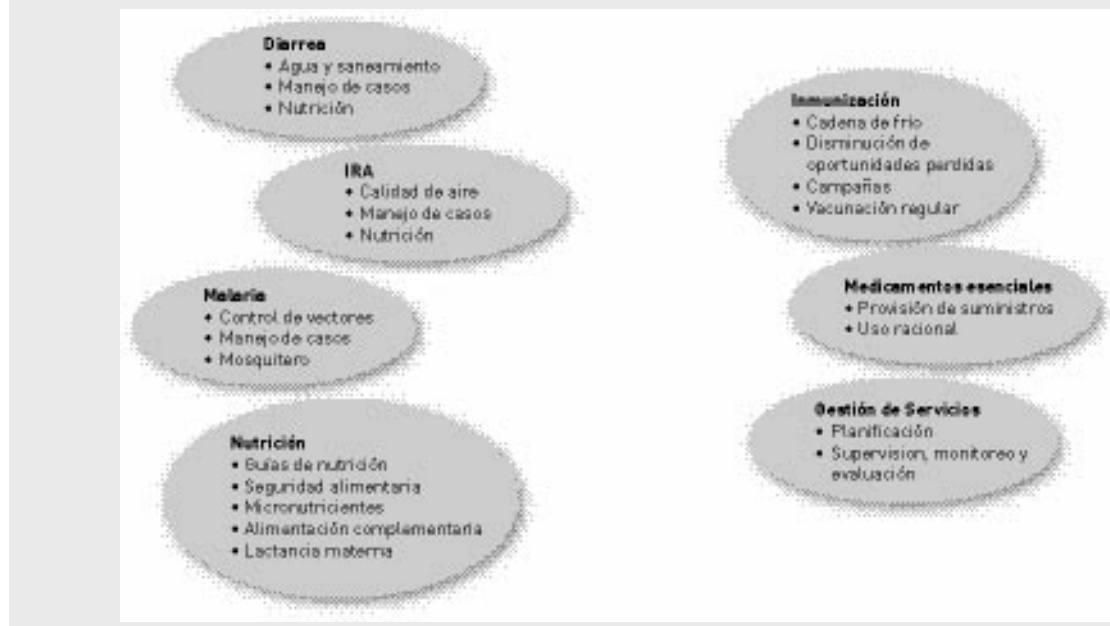
Del mismo modo, es necesario que precisemos por qué es importante desarrollar procesos de comunicación asertivos dentro de nuestro equipo para promover encuentros de calidad. Todo establecimiento de salud cuenta con un conjunto de personas que se organizan en equipos de trabajo, en diferentes servicios, con el objeto de trabajar a favor de una mejora de la salud de la población. En otras palabras, todo establecimiento de salud es una organización. Las organizaciones fun-

cionan como un todo, es decir, como un sistema en el cual cada parte se relaciona con la otra de manera recíproca. Si trasladamos este concepto al establecimiento de salud y a sus equipos, podemos observar la manera en que éste funciona como un todo integrado o sistema en el cual cada una de las partes o servicios se relacionan de manera interdependiente para su funcionamiento y para que los objetivos de salud puedan cumplirse.

Por tanto, la comunicación asertiva puede contribuir también a mejorar los procesos de comunicación orientados a articular los servicios y áreas en el establecimiento de salud y a compartir una visión común. Esto es particularmente importante en lo que se refiere a la **articulación de los servicios**, donde AIEPI promueve la intervención en actividades como la inmunización, la administración de suplementos de vitamina A y la gestión de suministros de medicamentos, entre muchas otras (figura 1). Si bien AIEPI promueve estas intervenciones en general, la respon-

sabilidad a este respecto suele ser potestad de los programas instituidos en cada región, con antelación a la implementación de la estrategia. Sin embargo, AIEPI procurará asegurar que dichas intervenciones estén bien coordinadas y se ejecuten eficazmente (OPS-AIEPI, 2002). Esto para que su implementación redunde en el fortalecimiento de los programas de gestión de otros aspectos de la salud que ya operan en el nivel local. Al mismo tiempo, estos programas influirán favorablemente en la ejecución y aplicación de los planes y lineamientos de AIEPI.

Figura 1. AIEPI y otros programas técnicos



Lo anterior permite entender la importancia que tiene la comunicación entre cada una de las partes para desarrollar una visión común, en el caso de una organización como es el establecimiento de salud; nuestra visión y objetivo compartidos constituyen un asunto tan delicado e importante como la salud de las personas.

En el caso de la estrategia AIEPI, la integración de componentes es entonces uno de los principales retos con los que nos encontramos para posicionar este

nuevo modelo, tanto dentro de los servicios como en la comunidad. Aquí es crucial la comunicación interna, pues si no se cuenta con una visión común consolidada dentro de los servicios mismos, poco se podrá hacer para posicionar la estrategia y sus beneficios como una alternativa real para mejorar la salud de los menores.

En lo que se refiere a **compartir una misma visión**, podemos señalar entonces que cada uno de nosotros es parte de un mismo equipo que integra los diferen-

tes servicios de un sistema llamado establecimiento de salud. De ese equipo también forman parte las familias y los actores clave, quienes cumplen un papel muy importante en la medida en que conocen sus derechos y deberes frente al tema de la salud. Por ello, la comunicación asertiva dentro de los equipos de salud nos permite identificar las siguientes ventajas:

- conocer mejor el funcionamiento de cada servicio y del propio sistema de salud, y
- compartir una visión común para brindar a la población un servicio de calidad.

Entendemos por visión compartida la expresión de los objetivos que persigue la organización, en este caso un establecimiento de salud o una red de servicios de salud. Uno de los retos de AIEPI es que ésta logre posicionarse dentro de los propios equipos de salud. Algunas veces, el personal de salud no percibe las ventajas de esta estrategia desde un enfoque integral de la salud del menor de 5 años, y por lo tanto tampoco integra su trabajo de cuidado y atención en salud a los otros servicios o áreas que comparten la AIEPI. Por ello, es importante recordar que los objetivos y beneficios de la estrategia AIEPI tienen que formar parte de la visión compartida de los equipos que componen las redes de los servicios de salud.

¿CÓMO HACEMOS PARA DISEÑAR ESTRATEGIAS ORIENTADAS A PROMOVER LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL, Y POR TANTO, ENCUENTROS DE CALIDAD?

A continuación les presentamos los pasos de planificación que podríamos seguir para implementar estrategias y actividades que nos ayuden a mejorar los procesos de comunicación y a promover encuentros de calidad entre los equipos de salud y las familias, entre los actores sociales y las familias, entre los equipos de salud y los actores sociales, y entre los diferentes equipos de salud.

PASO 1 Elaborar el diagnóstico
PASO 2 Diseñar las estrategias
PASO 3 Implementar las estrategias
PASO 4 Monitoreo y evaluación

La formulación del diagnóstico es el primer paso que debemos dar antes de iniciar el diseño de la estrategia para mejorar los procesos de comunicación interpersonal, y por lo tanto las relaciones interpersonales entre los diferentes grupos.

Es importante conocer las causas de los problemas de comunicación, así como sus consecuencias y las opciones de solución; de ello dependerá la efectividad de nuestra estrategia.

Identificamos y caracterizamos los problemas de comunicación

El objetivo es recoger información que nos permita identificar qué problemas de comunicación existen entre los equipos de salud y las familias, los actores sociales y las familias, entre los varios equipos de salud y entre éstos y los actores sociales en los diferentes espacios y momentos, a saber: atención en el servicio, consejería y acciones de comunicación comunitaria, entre otras.

Para poder iniciar este análisis debemos planearnos las siguientes preguntas:

- ¿Qué está pasando? y en al problema o a las posibles soluciones del mismo?
- ¿Dónde?
- ¿A quién afecta?
- ¿Cuáles son las causas principales? A partir de la historia de María y Juanito podríamos responder las anteriores preguntas.
- ¿Cuáles son las principales consecuencias?
¿Qué creencias, actitudes y comportamientos actuales de las personas afectadas contribu-

MOMENTOS DE ENCUENTRO

	Equipo de salud – familia	Equipo de salud – equipo de salud	Familias – actores sociales	Equipo de salud – actores sociales
¿Qué está pasando?	<p>No existe una comunicación asertiva.</p> <p>El equipo de salud no comprende la actitud de la madre frente a la enfermedad de su niño.</p> <p>El equipo de salud tiene una actitud agresiva frente a la madre.</p> <p>La madre no conoce sus responsabilidades ni derechos frente a la salud de su niño.</p> <p>La madre desconoce los signos de alarma del menor enfermo.</p> <p>La madre desconoce la gravedad de la enfermedad del niño.</p>	<p>Comunicación deficiente entre el personal de salud.</p> <p>Poca claridad en las normas del establecimiento de salud.</p> <p>Escasa articulación entre los componentes de la estrategia AIEPI.</p> <p>Ausencia de trabajo en equipo.</p>	<p>Comunicación deficiente entre los actores sociales y las familias.</p> <p>No se aprovechan los espacios con las familias para comunicar los mensajes claves sobre el cuidado de la salud de los menores.</p>	<p>Capacitación deficiente de los promotores de salud para impartir consejería.</p> <p>Capacitación deficiente de los diferentes actores sociales en técnicas de comunicación y relaciones interpersonales.</p>

MOMENTOS DE ENCUENTRO				
	Equipo de salud – familia	Equipo de salud – equipo de salud	Familias – actores sociales	Equipo de salud – actores sociales
¿Dónde?	<p>En el establecimiento de salud.</p> <p>En admisiones, en la consulta y en la farmacia.</p>	<p>En los servicios del establecimiento de salud.</p> <p>En el momento de atención a las familias.</p>	<p>En las visitas domiciliarias.</p> <p>En la comunidad.</p>	<p>En los momentos de capacitación.</p> <p>En el establecimiento de salud, locales comunales, escuelas, etc.</p>
¿A quién afecta?	<p>A aquellas familias que, al no comprender los mensajes de salud, no emprenden acciones oportunas u oponen resistencia a asistir a los establecimientos de salud.</p> <p>A los miembros del equipo de salud que no pueden coordinar el trabajo orientado al logro de objetivos comunes.</p> <p>A los actores sociales que no pueden tener relaciones fluidas con los equipos de salud y con las familias.</p>			
¿Cuáles son las principales causas?	<p>Intolerancia y poca paciencia hacia las familias.</p> <p>No manejan una comunicación fluida y positiva.</p> <p>Familias que al no conocer sus derechos y responsabilidades en salud, no asumen una actitud activa en los momentos de la consejería, por ejemplo haciendo preguntas.</p>	<p>Poca tolerancia por parte del personal de salud en sus relaciones interpersonales.</p> <p>Ausencia de trabajo en equipo.</p>	<p>Poca tolerancia y paciencia hacia las familias.</p> <p>No manejan una comunicación fluida y positiva.</p> <p>Poca confianza de las familias hacia los actores sociales.</p> <p>No manejan los mensajes clave sobre el cuidado de la salud de los menores.</p> <p>Mala comunicación con los dirigentes de la comunidad.</p>	<p>No tienen claros los mensajes clave sobre el cuidado de la salud de los menores.</p> <p>No se han cumplido los objetivos de la capacitación por parte personal de salud.</p> <p>No se aprovechan los espacios con las familias para llevar los mensajes sobre el cuidado de la salud de los pequeños.</p>

MOMENTOS DE ENCUENTRO				
	Equipo de salud – familia	Equipo de salud – equipo de salud	Familias – actores sociales	Equipo de salud – actores sociales
¿Cuáles son las principales consecuencias?	Demora en acudir al establecimiento de salud ante los signos de alarma. Ausencia de acciones orientadas a la prevención en temas de salud.	Desacuerdos y conflictos entre el personal de salud. Atención deficiente a las familias.	Los mensajes clave sobre el cuidado de la salud de los menores no se transmiten a las familias de manera fluida y eficaz.	Comunicación deficiente entre los actores sociales y la población. Falta de información de la población sobre el cuidado de la salud de los pequeños.
¿Qué creencias, actitudes y comportamientos actuales de las personas afectadas contribuyen al problema de comunicación?	Temor a acudir al establecimiento de salud. Desconfianza frente al personal de salud. Prejuicios hacia las familias rurales por parte del personal de salud.	Poca capacidad para manejar los conflictos que se presentan en la labor del establecimiento de salud. Falta de paciencia y tolerancia con los demás. Rivalidades tácitas entre el equipo de salud.	Poca motivación de los actores sociales respecto al compromiso con la comunidad.	Poca motivación de los actores sociales. Poca motivación de personal de salud para la capacitación y coordinación con los actores sociales.

A continuación presentamos algunos métodos de investigación que podemos utilizar para recoger la información y algunas preguntas que enriqueceremos y adaptaremos de acuerdo con nuestra realidad:

	Equipo de salud – familia	Equipo de salud – equipo de salud	Familias – actores sociales	Equipo de salud – actores sociales
Métodos	<p>La observación en los diferentes servicios del establecimiento.</p> <p>Entrevistas con las familias y proveedores.</p> <p>Entrevistas a la salida del establecimiento de salud.</p> <p>Grupos focales con familias y proveedores.</p>	<p>La observación en los diferentes servicios del establecimiento.</p> <p>Entrevistas con diferentes profesionales y personal miembro de los equipos.</p> <p>Reuniones de evaluación dentro de los diferentes equipos.</p>	<p>Entrevistas con diferentes actores sociales.</p> <p>Entrevistas a las familias.</p> <p>Grupos focales con actores sociales y familias.</p>	<p>Entrevistas con diferentes profesionales y personal miembro de los equipos.</p> <p>Reuniones de evaluación dentro de los diferentes equipos.</p> <p>Revisión de las historias clínicas para analizar casos de referencia y contrarreferencia.</p>
Preguntas clave que podemos considerar	<p>¿Cómo perciben las madres y padres los procesos de comunicación que desarrollamos con ellos, por ejemplo los referidos a consejería, comunicación en la sala de espera, comunicación en admisiones, caja, etc.?</p> <p>¿Qué modificaciones en la prestación del servicio sugerirían las madres y padres para sentirse más motivados a asistir al establecimiento de salud con sus familias?</p>	<p>Cómo se relaciona el personal de salud: ¿con actitudes de confianza o distantes?</p> <p>¿Cuáles son los temas o asuntos (vinculados al trabajo del servicio) sobre los cuales se coordina o se realizan mayores comunicaciones?</p>	<p>¿Qué elementos facilitan la comunicación entre los actores sociales y las familias?</p> <p>¿Qué elementos dificultan la coordinación y comunicación entre las familias y los actores sociales?</p> <p>¿Cómo evaluaría y calificaría la coordinación y la comunicación de su promotor de salud?</p>	<p>¿Ha identificado algún actor clave con el cual le sea difícil relacionarse?</p> <p>¿A qué factores atribuye esta dificultad?</p> <p>¿Cómo está afectando a su trabajo esta dificultad de relación y comunicación con el actor clave?</p>

PASO 1
Elaborar el diagnóstico

PASO 2
Diseñar las estrategias

PASO 3
Implementar las estrategias

PASO 4
Monitoreo y evaluación

Luego de tener los resultados del diagnóstico, pasaremos a diseñar los objetivos, estrategias y actividades para superar los problemas de comunicación identi-

cados y así lograr encuentros de calidad. A este proceso lo hemos denominado “Agenda para el cambio”, porque justamente está configurado por un conjunto de aspectos que serán prioritarios para nuestro equipo y por tanto deberán ser incorporados a nuestras actividades cotidianas para lograr las transformaciones deseadas.

Definimos objetivos

Para definir los objetivos tomaremos en cuenta los mismos criterios establecidos en el Capítulo I de la presente guía. Los objetivos se definirán igualmente como comportamientos esperados, tal como se ejemplifica a continuación, a la luz de la historia de María y Juanito.

Públicos destinatarios	Espacio de comunicación	Objetivos/comportamientos esperados
Familias- equipo de salud	<input type="checkbox"/> Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria	<p>El equipo de salud se comunica en forma asertiva con las familias.</p> <p>En los momentos de conserjería, las familias preguntan sobre las formas de cuidar y prevenir las enfermedades en los pequeños.</p>
Equipo de salud – equipo de salud	Establecimiento de salud	<p>El equipo de salud mejora su trabajo en su calidad de tal y la coordinación de los componentes de la estrategia.</p> <p>El equipo de salud se relaciona a través de procesos de comunicación fluidos y asertivos.</p>
Actores sociales - familias	<input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria	<p>Los actores sociales se comunican de manera asertiva con las familias.</p> <p>Los actores sociales comunican a las familias de manera clara y sencilla los mensajes clave relacionados con el cuidado de la salud de los menores.</p> <p>Los actores sociales aprovechan todos los espacios y momentos para comunicar los mensajes clave relacionados con el cuidado de la salud de los menores.</p> <p>Las familias se comunican de manera asertiva con los actores sociales.</p>

Públicos destinatarios	Espacio de comunicación	Objetivos/comportamientos esperados
Equipo de salud – actores sociales	<input type="checkbox"/> Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Comunidad	<p>Los actores sociales comunican de manera asertiva mensajes clave relacionados con el cuidado de la salud de los menores.</p> <p>Los equipos de salud y los actores sociales se comunican de manera asertiva para cumplir sus objetivos.</p>

Diseñamos estrategias para mejorar la comunicación interpersonal y promover encuentros de calidad

Luego de haber definido los objetivos en términos de los comportamientos que esperamos de las familias, del equipo de salud y de los actores sociales para promover encuentros de calidad tanto dentro del equipo mismo como de éste con las familias y los actores sociales, definiremos qué estrategias podemos aplicar para lograr los objetivos propuestos. Naturalmente se trata de opciones que pueden ser enriquecidas y adaptadas en cada país. Del mismo modo, es imprescindible precisar que la mejora de los procesos de comunicación requiere acciones sistemáticas y sostenidas en el tiempo. Esto quiere decir que un taller o una sola actividad evidentemente no generarán los cambios deseados, y que se requieren procesos de capacitación en servicio continuos que partan de una reflexión sobre la propia práctica y sobre la realidad que se vive en los servicios de salud, y en la relación entre éstos y las familias y los actores sociales.

A partir de la experiencia de la historia con que iniciamos esta parte de la guía podríamos proponer, a manera de ejemplo, el desarrollo de las siguientes estrategias:

Comunicación interna

Se llevarán a cabo acciones que creen espacios de encuentro dentro de los propios equipos de salud (personal de salud, voluntarios de la Cruz Roja y agentes comunitarios de salud) que favorezcan el posicionamiento de la estrategia, a saber:

- **Talleres de inducción**, los cuales se iniciarían con un proceso de construcción conjunta y reflexión con respecto a la problemática de salud infantil que afecta al país, a la región o a la localidad. A partir de allí se mostrarán evidencias que permitan probar los beneficios de la implementación de AIEPI con sus tres componentes, así como los aportes de su implementación al propio trabajo cotidiano del equipo de salud.
- Grupos internos de aprendizaje (GIA) conformados por enfermeras, médicos, auxiliares, agentes comunitarios de salud y voluntarios de la Cruz Roja, los cuales propiciarán y crearán espacios de intercambio de saberes y experiencias entre los participantes. Estos grupos serán conducidos por un facilitador o tutor —que puede ser algún miembro del propio equipo de salud— y ayudarán a que los equipos de salud reflexionen en forma permanente acerca de la propia experiencia de implementación de AIEPI. A partir de ello se revalorarán los aportes de la misma y se propiciará un proceso de permanente revisión y mejoramiento del trabajo realizado.
- Pasantías en determinadas localidades en las cuales está siendo implementada con éxito la estrategia AIEPI, con el fin de que miembros de otros equipos de salud de otros ámbitos puedan compartir experiencias y enseñanzas. De este modo se reforzará el proceso de apropiación de los beneficios de AIEPI en lo relacionado con el cuidado de la salud integral de los menores.

- **Boletines y periódicos murales**, como herramientas de intercambio de información en torno a las actividades que realizan los diferentes equipos, concretamente aquellas que tienen que ver con la estrategia AIEPI. Todo lo anterior fortalece el trabajo en equipo.

Comunicación asertiva para mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales

Se desarrollarán acciones que favorezcan la mejora de los procesos de comunicación interpersonal en los diferentes momentos de encuentro:

- Equipos de salud ➤ familias
- Actores sociales ➤ familias
- Equipos de salud ➤ actores sociales
- Equipos de salud ➤ equipos de salud

Las acciones que se proponen para lograr este objetivo podrían ser de la siguiente naturaleza:

- **Talleres de comunicación asertiva**, comunicación interpersonal y de mejora de las relaciones interpersonales, los cuales constituirán un espacio para poner de relieve los problemas que se presentan en los diferentes momentos de encuentro para buscar entre todos los involucrados alternativas asertivas de solución que conduzcan a procesos de comunicación fluidos y eficaces (véase anexo 1).
- Talleres de consejería “Aconsejando a las madres”³ dirigidos al equipo de salud, a los promotores de salud y a los voluntarios de la Cruz Roja, donde se desarrollarán los contenidos y pasos para llevar a cabo una adecuada consejería. Estos eventos también serán aprovechados para discutir conjuntamente los posibles problemas que tengamos en este espacio de encuentro con las familias.

- Programa de capacitación a distancia en consejería para el personal de la salud y los actores sociales, utilizando la radio local.
- Sesiones educativas en derechos y responsabilidades en el cuidado de la salud integral de los menores y de la comunidad, dirigido a las familias con hijos menores de 5 años.
- Reuniones del equipo de salud y actores sociales donde se podrán abordar algunos conflictos cotidianos que bloquean la comunicación entre estos dos grupos, con el fin de identificar mejores formas para comunicarse y coordinar.

PASO 1 Elaborar el diagnóstico
PASO 2 Diseñar las estrategias
PASO 3 Implementar las estrategias
PASO 4 Monitoreo y evaluación

Luego de haber identificado los problemas y las estrategias, el siguiente paso consiste en establecer una serie de acuerdos con el personal del establecimiento de salud, es decir, una agenda para el cambio. Esta agenda es un plan en el cual señalaremos las principales actividades referidas a reforzar y mejorar la comunicación interpersonal. A continuación presentamos un ejemplo, a la luz de la historia de María y Juanito:

³ *Aconsejando a las madres* es un curso y manual de capacitación de la estrategia AIEPI. Su versión actualizada puede ser solicitada en las oficinas de OPS en cada país.

	Actividad	Responsable	Cronograma	Presupuesto
Diagnóstico	Desarrollo de entrevistas en profundidad a actores sociales.	Fernando Ferradas		
	Grupos focales con las familias.			
	Observación del desempeño del equipo de salud y de los actores sociales.			
Comunicación interna	Elaboración de un programa de capacitación continua en comunicación asertiva y comunicación interpersonal.			
	Preparación de materiales didácticos para talleres.			
	Realización de talleres de inducción.			
	Organización de grupos internos de aprendizaje (GIA).			
	Capacitación a tutores para los GIA.			
	Identificación de localidades modelo en AIEPI.			
	Realización de pasantías.			
	Responsables del periódico mural y boletines.			
Promoción de la comunicación asertiva para el mejoramiento de las relaciones interpersonales.	Diseño de talleres de comunicación asertiva y de consejería.			
	Facilitación de los talleres de relaciones interpersonales y de consejería.			
	Responsable de la información que se dé en el periódico mural.			
	Responsable de las reuniones del equipo de salud y los actores sociales.			
	Acompañamiento a los actores sociales en las diferentes actividades con las familias.			

PASO 1 Elaborar el diagnóstico
PASO 2 Diseñar las estrategias
PASO 3 Implementar las estrategias
PASO 4 Monitoreo y evaluación

A continuación presentamos una propuesta de indicadores de monitoreo y evaluación que nos pueden ayudar medir los cambios que logremos.

INDICADOR	VARIABLE	UNIVERSO	FRECUENCIA	AGENTE VERIFICADOR/ RECOLECTOR	METODOLOGÍA	INS INSTRUMENTO
Nº de proveedores que conoce la estrategia AIEPI.	Conocimientos previos de la estrategia AIEPI por parte del personal de salud.	Prestadores de salud.	Inicio de la capacitación. Al término de la capacitación.	Responsable de la capacitación.	Informe de los talleres de capacitación, grupos internos de aprendizaje (GIA) y pasantías.	<input type="checkbox"/> Informe <input type="checkbox"/> Encuestas <input type="checkbox"/> Ficha de observación
Nº de reuniones mensuales de coordinación entre servicios del establecimiento.	Reuniones ordinarias que tienen los servicios del establecimiento de salud.	Servicios del establecimiento de salud.	Mensual	Responsable del monitoreo de los servicios del establecimiento de salud.		<input type="checkbox"/> Informes de cada reunión de los servicios del establecimiento de salud.
Nº de proveedores que conocen la comunicación asertiva en las relaciones interpersonales.	Conocimientos previos sobre comunicación asertiva en las relaciones interpersonales.	Proveedores de salud.	Al término de la capacitación. Al final de la capacitación.	Responsable de la capacitación.	Informe de los talleres de capacitación, grupos internos de aprendizaje (GIA) y pasantías.	<input type="checkbox"/> Documento del informe <input type="checkbox"/> Encuestas <input type="checkbox"/> Ficha de observación <input type="checkbox"/> Informe de grupos focales con población
Nº de proveedores que desarrollan labores de consejería con un enfoque de comunicación asertiva.						

Continúa de la pág. 65

INDICADOR	VARIABLE	UNIVERSO	FRECUENCIA	AGENTE VERIFICADOR/ RECOLECTOR	METODOLOGÍA	INS INSTRUMENTO
N° de usuarios que se muestran satisfechos con el trato recibido en el establecimiento de salud.		Usuarios	Cada dos meses	Responsable del monitoreo de los servicios del establecimiento de salud.	Consolidado y análisis del resultado de las encuestas, entrevistas y grupos focales.	-Encuestas -Entrevistas -Informe de grupos focales de población
Porcentaje de aumento de casos de referencia y contrarreferencia.		Casos de referencia y contrarreferencia.	Mensual	Responsable del monitoreo de los servicios del establecimiento de salud.	Informe mensual de los casos de referencia y contrarreferencia.	Fichas de referencia y contrarreferencia.

¿CÓMO DISEÑAMOS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA PROMOCIONAR LAS PRÁCTICAS CLAVE CON UN ENFOQUE INTEGRAL Y PARTICIPATIVO?

San Andrés es una localidad rica en recursos naturales habitada por cerca de 3000 familias agrupadas en varias comunidades pequeñas, cuyos miembros se dedican especialmente a labores agrícolas y ganaderas. Todo haría pensar que es una comunidad próspera, y sin embargo los problemas de salud que presentan los más pequeños son preocupantes. Tres de cada cinco niños tienen menos de cinco años. En su mayoría, las familias están compuestas por 6 ó 7 miembros, con cinco hijos en promedio cada una. En esta localidad existen un centro de salud y tres puestos de salud, y la mayor parte de la población tiene que desplazarse entre una y dos horas para llegar a ellos.

Jacinta y José son esposos y viven la comunidad de Buenaventura, que pertenece a la localidad de San Andrés. Ya llevan 7 años juntos y tienen a Marco, un niño de 4 años que va a una escuelita cercana a su casa, y a Rosita, una bebé de 4 meses.

Jacinta está preocupada pues Marco tiene diarrea hace ya varios días y duerme todo el día; siempre está cansado y cada vez se ve más flaquito. Como no tiene tiempo de llevarlo al establecimiento de salud, la ha dado unos matecitos para aliviar el malestar.

Debido a que Jacinta tiene que atender la casa, a los niños y a su esposo, ha resuelto no amamantar a su niña pues es más fácil darle la leche en biberón u otros líquidos. Una tarde de domingo, en una actividad de su iglesia Jacinta sí oyó hablar algo al sacerdote acerca de la importancia de la lactancia materna, pero no prestó mucha atención.

Una mañana Jacinta se dio cuenta de que Rosita también había amanecido con diarrea. Cansada de tener a sus dos hijos enfermos, le pidió a José que la ayudara y llevara a Marco al puesto de salud. Sin embargo, José dijo tener mucho trabajo, por lo cual no podía ocuparse de las cosas de la casa.

Mientras tanto Marco le contaba a su mamá que se dormía en el colegio y que ha tenido que ir varias veces al baño. Sin embargo, el maestro del niño nunca le comentó nada a Jacinta.

A Doña Juana, vecina de Jacinta y dirigente del pueblo, le extrañaba que esta última no amamantara a su niña, siendo ésta tan pequeña, y especialmente teniendo en cuenta que la madre había ido a unas charlas donde se había hablado de la importancia de la lactancia materna. Pero a pesar que le había aconsejado a Jacinta hacerlo, ésta nunca hizo caso.

Una tarde, Doña Juana fue a visitar a su vecina Jacinta y encontró que Marco estaba con diarrea. Entonces recordó que lo había visto jugando en un basural que había en el parque. Y como hacía tiempo la municipalidad no recogía la basura, seguro el niño se había metido algo a la boca y por eso la diarrea no paraba.

Como dirigente de la comunidad, doña Juana estaba preocupada porque ya eran varios los niños con diarrea. Ella estaba segura de que era necesaria hacer algo al respecto, pero no sabía muy bien qué ni cómo ni con quién. También le preocupaba que Rosita no estuviera siendo amamantada exclusivamente ¿Cuántos niños y niñas de su comunidad estarían sufriendo los mismos problemas de salud?.

Los días pasaron y Marco cada vez comía menos, y seguía durmiendo mucho tiempo, lloraba sin lágrimas y se le secaron los labios. Ante

este cuadro José culpó a Jacinta por no cuidar a su hijo. Edwin, el promotor de salud, alertado por doña Juana, visitó a la familia y encontró a Marco totalmente deshidratado. Así que llevó al niño inmediatamente al establecimiento de salud, que quedaba a una hora de la comunidad.

Al llegar Jacinta sacó cita solo para Marco, porque era el mayor, creyendo que no iban a querer atender a los dos niños. Y como los dos tenían lo mismo, entonces pensó que seguiría las mismas indicaciones para Rosita.

Cuando entró a la consulta, el médico se sorprendió al ver el estado de salud del niño y, sin preguntar nada, recriminó a Jacinta:

“ ¡Ahhh! seguro que tu eres una de esas madres que se contentan con darle agüitas a sus hijos, sopitas y pan y con eso creen que ya cumplieron con su obligación”.

Jacinta, con voz muy bajita y sin mirar a los ojos le respondió: “es que en mi pueblo los mates son buenos y con eso ya se sienten mejor”.

El médico, ya muy impaciente, le respondió: “Tú lo has dicho: en tu pueblo. Este no es tu pueblo y aquí las cosas se complican un poco más. Bueno, no perdamos el tiempo. Dale al chico estas sales de rehidratación oral para que se recupere. Si en una semana no ha mejorado, regresas”. Jacinta salió asustada y sin saber qué hacer, sintiéndose culpable y con rabia porque la habían tratado mal.

Seguro muchos de nosotros hemos escuchado o hemos sido testigos de historias como ésta, que no son ajenas a nuestra realidad. A partir de la situación descrita nos podríamos preguntar:

- Jacinta y José, ¿supieron identificar a tiempo los signos de alarma del niño con diarrea y el peligro en el que se encontraba la vida de su hijo?
- ¿Por qué los padres de Marco y Rosita actuaron como lo hicieron?
- El comportamiento de José ¿ayudó a solucionar el problema de salud de la familia?
- Si doña Juana, la dirigente de la comunidad, se daba cuenta que había un problema ¿por qué no actuaba?
- ¿Qué pudo hacer el maestro, desde su labor en la escuela, para poder prever que Marco no llegaría al estado de gravedad en el que se encontraba?
- ¿Quién hubiera podido hacer algo para solucionar el problema de la basura?
- ¿Aprovechó el médico la oportunidad para brindar una atención integral al niño y a la niña? ¿Aprovechó la oportunidad de contacto con la madre para comunicar los mensajes para promover prácticas clave referidas al cuidado del niño en el hogar?
- ¿La historia hubiera sido diferente si la familia hubiera conocido y aplicado las medidas de prevención para el cuidado de la salud de los niños y las hubiera puesto en práctica?
- ¿La historia hubiera sido diferente si la familia hubiera sido consciente de que el cuidado de salud integral de los niños y niñas es un derecho y también una responsabilidad?
- ¿La actitud del médico reforzó en la madre el desarrollo de una conducta positiva respecto a los cuidados de sus niños enfermos? ¿Por qué?
- ¿Qué podemos hacer para evitar situaciones como esta? ¿Las acciones deben provenir solo del nivel local o también de los niveles de decisión regionales o nacionales? ¿Qué acciones a nivel local, nacional o regional se pueden emprender para evitar situaciones como éstas?

Como lo muestra la historia, existen varios problemas de salud que no solo afectan a la familia sino a la localidad y cuyas causas no responden exclusivamente a las conductas y actitudes de José y Jacinta (la familia) sino a la inacción o conductas poco apropiadas de los diversos actores sociales, como por ejemplo el alcalde, el maestro, la dirigente, el promotor de salud y el propio personal de salud. Del mismo modo, es muy probable que esta historia refleje no solo la realidad que vive San Andrés, sino seguramente la de muchas otras localidades nuestros países. Por tanto, las acciones que se emprendan tienen que incorporar intervenciones no solo en el ámbito local sino también en el regional y nacional.

Por lo tanto, si queremos que los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias y la comunidad mejoren respecto al cuidado de la salud integral de los menores, necesitamos desarrollar acciones sistemáticas de comunicación a nivel local, regional y nacional que, incorporadas en un plan, se orienten a brindar información y educación adecuada y oportuna a las familias, a reconocer y valorar sus propios conocimientos acerca de la problemática de salud que puedan estar enfrentando, y a favorecer las acciones de prevención y cuidado.

Como un aporte a la solución de esta problemática, en esta parte de la guía metodológica expondremos los pasos que tenemos que seguir para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias de comunicación con un enfoque integral y participativo para la promoción de las prácticas clave. La historia de la comunidad de San Andrés nos ayudará a ejemplificar cada uno de los pasos que tenemos que dar. No la olvides, analízala y vuelve a ella si es necesario, conforme vayamos avanzando.

¿QUÉ SIGNIFICA DISEÑAR ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD CON UN ENFOQUE INTEGRAL Y PARTICIPATIVO?

Uno de los ingredientes para garantizar el éxito de las estrategias de comunicación es que tengan un enfoque integral y participativo. Esto incluye vincular a los diversos actores sociales en los niveles local, regional y nacional, así como abordar simultáneamente las prácticas clave priorizadas en esos tres ámbitos, así:

Diseñar e implementar estrategias de comunicación con participación de diversos actores sociales en los ámbitos nacional, regional o local. Para tener impacto en la salud pública, las intervenciones de comunicación orientadas a la adopción de las prácticas clave, y por lo tanto de los cambios de comportamientos específicos, deben ser **ampliadas a escala**, lo cual significa que un gran número de individuos, familias y comunidades incorporen y practiquen esos comportamientos saludables y demanden atención integral para sus pequeños. Esto con el objeto de que puedan obtenerse mejoras en los niveles nacionales y no solo locales, lo cual se logrará en la medida en que las intervenciones en comunicación sean diseñadas y luego implementadas con la **participación** de diversas instituciones y actores sociales en los ámbitos nacional, regional y local bajo el liderazgo de los Ministerios de Salud y a través de alianzas estratégicas. El trabajo conjunto y articulado contribuirá a garantizar que tales intervenciones respondan a las necesidades de la población y puedan ser sostenidas con los esfuerzos de todos los implicados.

Abordar simultáneamente las prácticas clave priorizadas a nivel nacional, regional y local. Cada país, región y/o localidad priorizará un conjunto de prácticas de salud que deberán llevar a cabo las familias para superar la problemática sanitaria que puedan estar viviendo. Por ello, su promoción exige que se diseñen estrategias de comunicación

con un enfoque integral, es decir, que permita abordar las prácticas clave en forma simultánea y no fragmentada. Esto tomando siempre en cuenta las prioridades sanitarias y las necesidades de salud de las familias y comunidades.

Desarrollar acciones a diversos niveles, a saber, nacional, regional, comunitario, de las familias, los actores sociales y los servicios de salud, así:

Niveles de decisión nacionales y regionales: Aquí las acciones deberán estar dirigidas a reforzar la función rectora de estos niveles en los temas de salud, a través de la creación de alianzas y vínculos estratégicos interinstitucionales que permitan establecer una red de trabajo coordinado y conjunto, orientado a promover los cambios de comportamiento a escala, según las prioridades sanitarias del país, región y localidades. Estos esfuerzos apoyarán las iniciativas locales de cambio de comportamiento, pero sobre todo le imprimirán un sentido de unidad y coherencia a las propuestas de cambio. Todas las instituciones involucradas y comprometidas, lideradas por el Ministerio de Salud en cada país, compartirán de esta forma objetivos y estrategias de comunicación comunes, lo cual favorecerá el impacto en la población en la medida en que se evitan discursos paralelos y en ocasiones divergentes.

- **Con la comunidad:** Las actividades se realizarán a través de sus instituciones y actores sociales (alcaldes, maestros, promotores de salud, prestadores de servicios de salud, voluntarios de la Cruz Roja, representantes de los medios de comunicación, iglesia, dirigentes vecinales, etc.). Se trata de involucrarlos y comprometerlos con la promoción de los beneficios de la salud integral de los menores y de las prácticas clave priorizadas, aprovechando de esta forma toda oportunidad de contacto con la población para desa-

rollar procesos asertivos de comunicación y educación.

- **Con las familias:** Aquí los procesos estarán encaminados a ampliar sus conocimientos y habilidades para que, conscientes de sus derechos y responsabilidades ciudadanas, las familias exijan y logren un cuidado oportuno y adecuado de la salud integral de sus hijos.
- **Con los servicios de salud:** Las acciones deberán encaminarse a fortalecer las capacidades del equipo de salud para mejorar sus procesos de comunicación con las familias y con la comunidad, adecuar los servicios de salud a sus necesidades y expectativas, y facilitar la articulación de los componentes de la estrategia AIEPI.

Antes de iniciar nuestro recorrido, y de conocer cada uno de los pasos que tendremos que dar para diseñar las estrategias de comunicación orientadas a promover las prácticas clave en los ámbitos nacional, regional y local en la familia y la comunidad, es necesario que recordemos los siguientes principios:

La promoción de los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores como un derecho y una responsabilidad de la familia y la comunidad. Tal será el marco de promoción de las prácticas clave priorizadas en los niveles local, regional o nacional. Esto por cuanto si logramos que las familias cambien no solo sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación con el cuidado del niño enfermo, sino que además se apropien de los beneficios del cuidado integral de la salud de los menores, estaremos trabajando a favor de que los padres y madres se conviertan en promotores de su propio desarrollo.

El diseño de estrategias de comunicación con un enfoque participativo orientado a crear una visión compartida. Los pasos que desarrollaremos a continuación para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las estrategias de comunicación parten del principio de que la

“salud es responsabilidad de todos”. Por ello es recomendable que en este proceso participen todas las instituciones y actores sociales que en los niveles local, regional o nacional puedan contribuir a lograr los cambios de conocimientos, actitudes y prácticas en las familias y en la comunidad. El trabajo en equipo, interinstitucional y multidisciplinario contribuirá también a que los problemas de salud se conviertan para los actores involucrados en “nuestro problema”, lo cual a su vez ayudará a generar compromisos para la ejecución del plan, siempre a favor de las familias y la comunidad.

La articulación de las estrategias de cambio de comportamiento en los niveles local, regional y nacional. El proceso de planificación que desarrollemos en el nivel local (provincia, distrito, cantón, etc.) para promocionar las prácticas clave puede tener mayor éxito si existe uno similar en los ámbitos regional o nacional. En el recuadro que aparece más abajo podemos visualizar los cinco pasos necesarios para diseñar estrategias en cualquiera de los niveles, pasos que iremos conociendo de manera gradual y coherente a lo largo de esta parte de la guía. Los invitamos entonces a que nos acompañen en este recorrido.

PASOS PARA PROMOVER LAS PRÁCTICAS CLAVE MEDIANTE LA ARTICULACIÓN DE LOS NIVELES LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL

Para lograr impacto en la salud pública, las intervenciones de comunicación deben ser implementadas en una escala amplia. Esto significa que las acciones de comunicación deben ser diseñadas, desde un comienzo, para beneficiar al máximo número posible de individuos, familias y comunidades del país. Ello se logrará en la medida en que la planificación de actividades de comunicación se realice con la participación de las instituciones y actores sociales que trabajan en los niveles nivel local, regional y nacional. Como se dijo, el recuadro que sigue muestra 5 pasos importantes para facilitar la promoción a escala de las prácticas clave. Este modelo ayuda a visualizar cómo podemos organizar nuestro trabajo para lograr la participación y el consenso en cuanto a las estrategias de comunicación que vamos a utilizar para promover las conductas prioritarias. Aunque la secuencia de los pasos es importante, en la práctica podemos trabajar en varios de ellos al mismo tiempo. Para verlo más claro, pensemos en una escalera de ladrillos en la que se pueden ir poniendo algunos de los peldaños de arriba una vez que haya un número suficiente que los soporte abajo.

PASOS PARA PROMOVER LAS PRÁCTICAS CLAVE EN LOS NIVELES LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL

PASO #1. Crear una visión compartida

PASO #2. Desarrollar estrategias de comunicación con un enfoque participativo

- Diagnóstico**
- a. Caracterizamos el problema de salud y la población afectada
 - b. Identificamos barreras y facilitadores para promover las prácticas clave
 - c. Seleccionamos aquellos comportamientos prioritarios que vamos a promover
 - d. Identificamos los recursos y espacios de comunicación

- Estrategia**
- a. Seleccionamos públicos destinatarios
 - b. Definimos los objetivos de comunicación
 - c. Definimos las estrategias para promover los comportamientos prioritarios

PASO #3. Diseño de un paquete integrado de acciones de comunicación

- a. Elaboramos mensajes
- b. Seleccionamos y diseñamos materiales de comunicación acordes con los mensajes
- c. Producimos y validamos el paquete de materiales educativo-comunicacionales

PASO #4. Implementación y ampliación la experiencia a escala

- a. Elaboramos el plan de trabajo y el presupuesto
- b. Organizamos el trabajo en equipo

PASO #5. Reprogramamos y ajustamos las intervenciones con base en resultados

Cabe notar que los pasos que desarrollaremos no son estáticos sino más bien dinámicos; esto quiere decir que en cualquier momento podemos retornar al paso a pasos anteriores para seguir enriqueciéndolos: es un proceso de reflexión y construcción permanente.

<p>PASO 1 Crear una visión compartida</p>
<p>PASO 2 Elaborar la estrategia</p>
<p>PASO 3 Diseñar un paquete integrado de acciones de comunicación</p>
<p>PASO 4 Implementar y ampliar la experiencia</p>
<p>PASO 5 Reprogramar y ajustar las intervenciones con base en los resultados</p>

Recordemos que al inicio del presente capítulo aprendimos a diseñar e implementar estrategias de comunicación para lograr que los actores sociales de los niveles local, regional o nacional se apropien de la estrategia AIEPI a través del reconocimiento de los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores. Son justamente estos actores e instituciones sociales clave los que nos interesa ahora involucrar y comprometer en el proceso de diseño, implementación, monitoreo y

evaluación de las estrategias de comunicación. En respuesta a ello, se recomienda iniciar este primer paso del proceso de planificación con la **construcción de una visión compartida** respecto a la problemática de salud que se pretende enfrentar. Esto contribuirá a convertir **el** problema de salud en **nuestro** problema de salud.

El desarrollo de un primer taller de promoción y sensibilización con los actores sociales es necesario como un punto de partida para crear esta visión compartida. Por ejemplo, en el proyecto AIEPI comunitario OPS- Cruz Roja, esta visión se construye en los talleres denominados de “planificación de base”. En aquellos países en los cuales todavía no se está implementando este proyecto, es recomendable llevar a cabo este taller, que indudablemente será una contribución importante para identificar los retos que involucran la actuación de todos los actores sociales y para comprometerlos con el trabajo mancomunado.

A la luz del nuestro ejemplo de la localidad de San Andrés, allí participarían en este taller el alcalde, los dirigentes vecinales o comunales, los representantes de las iglesias, de los promotores de salud, de las ONG locales que trabajan en temas de salud, del sector educación o de las escuelas y, evidentemente, del sector salud.

PRIMER TALLER

**UNA VISIÓN COMÚN ACERCA DE LA SALUD DE NUESTRAS FAMILIAS Y NUESTRA COMUNIDAD
“LA SALUD INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS, NUESTRA PRIORIDAD”**

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Crear una visión compartida con respecto a la problemática de salud que afecta a nuestros niños. ❑ Desarrollar un primer ejercicio de priorización de las prácticas clave. ❑ Generar condiciones para el diseño e implementación participativa del plan de comunicación para la promoción de prácticas de salud clave en las familias y en la comunidad. ❑ Destacar los beneficios que obtendrá cada institución y actor social que se comprometa con el proceso de promoción de las prácticas clave.
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Instituciones y actores sociales de la localidad.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Actores sociales motivados para dar comienzo al proceso participativo de diseñar e implementar estrategias de comunicación para promover las prácticas clave dentro de la familia y la comunidad. ❑ Actores sociales reconocen los beneficios de comprometerse con el proceso de promoción de prácticas clave en el fortalecimiento de sus roles y funciones. ❑ Actores sociales generan compromisos en torno al desarrollo de los pasos de planificación 2, 3, 4 y 5.
Duración	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Un día
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Participativa y analítica: Se partirá del reconocimiento de los saberes y experiencias previas para, a partir de allí, generar un proceso de reflexión – acción en los participantes.

Un taller de similares características podría realizarse en el ámbito regional o nacional, donde todos los actores sociales de su nivel asuman compromisos similares. Esto contribuirá a fortalecer significativamente las acciones locales y permitirá implementar la estrategia en una escala más amplia que supere el ámbito local.

PASO 1

Crear una visión compartida

PASO 2

Elaborar la estrategia

PASO 3

Diseñar un paquete integrado de acciones de comunicación

PASO 4

Implementar y ampliar la experiencia

PASO 5

Reprogramar y ajustar las intervenciones con base en los resultados

Hacemos el diagnóstico

En este momento de la planificación responderemos a la siguiente pregunta: ¿Dónde estamos? El diagnóstico es un proceso de investigación que permite recoger, seleccionar, sistematizar y analizar información de la siguiente manera:

- a. Identificamos y caracterizamos el problema o problemas de salud y la población afectada.
- b. Identificamos las barreras y facilitadores por práctica clave priorizada.
- c. Seleccionamos los comportamientos prioritarios que vamos a promover.
- d. Identificamos recursos y espacios de comunicación.

A continuación desarrollaremos los momentos del diagnóstico participativo para el diseño de estrategias de comunicación.

Identificamos y caracterizamos la problemática de salud y a la población afectada

Se trata de aquella situación crítica que pretendemos enfrentar y contribuir a cambiar con el aporte de las estrategias de comunicación. La etapa de diagnóstico permite elegir y definir él o los problemas de salud centrales, así como analizar sus causas y consecuencias en las familias y la comunidad.

Es importante señalar que a menudo pueden existir muchos problemas de salud, y por ello es imprescindible identificarlos y priorizarlos como un punto de partida para el diseño de las estrategias. Una adecuada priorización de los problemas de salud nos permite definir mejor el público destinatario y las estrategias, a fin de poder racionalizar mejor los esfuerzos y recursos para nuestra intervención comunicacional.

Para el proceso de identificación del problema se recomienda que el grupo de actores sociales involucrados en el diseño de las estrategias de comunicación se formulen las siguientes preguntas:

- ¿Qué está pasando, dónde y cuándo, y a quién afecta?
- ¿Cuáles son las principales causas y las consecuencias?
- ¿Qué conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos actuales de las personas afectadas contribuyen al problema o a sus posibles soluciones?

¿Qué está pasando, dónde y cuándo, y a quién afecta?

Este momento está orientado a identificar y a caracterizar el problema. La importancia de que sea un proceso participativo (equipo de salud y actores sociales) es que permite, como ya dijimos, que el problema se convierta en nuestro problema. Solo en la medida en que se lo perciba colectivamente se puede llegar a un consenso sobre las acciones que se deben realizar para abordarlo. De ahí la necesidad de que el problema sea visible para todos.

En cuanto a la pregunta acerca de a quién afecta, la respuesta a la misma nos ayudará también a caracterizar a la población afectada por el problema de salud, que será nuestro público destinatario con sus especificidades en términos de edad, sexo, etnia, lugar de trabajo o estudio, nivel socioeconómico, nivel educacional, conocimientos, actitudes, prácticas en relación con el problema de salud, medios a través de los cuales se informa, a quién le cree, etc.

Muchos de los problemas de salud que hemos identificado están relacionados con la situación de las prácticas clave, tal como lo podemos ver en la problemática de salud que vive la localidad de San Andrés, donde habitan Jacinta y José. A partir de este momento responderemos a todas las preguntas que nos ayudarán a definir el problema de salud en San Andrés:

¿Qué está pasando?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trecientos niños y niñas se enferman de diarrea cada mes. <input type="checkbox"/> El año 2002, 7 niños murieron por causa de la diarrea.
Situación de las prácticas clave	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Algunas madres conocen los signos de peligro de algunas enfermedades y tienen una actitud favorable en cuanto a asistir al establecimiento de salud, pero finalmente no llevan a sus hijos en forma oportuna. <input type="checkbox"/> Los padres y/o responsables del cuidado de los menores no reconocen los signos de peligro ante un caso de diarrea. <input type="checkbox"/> Los padres y/o responsables del cuidado de los menores no están familiarizados con los cuidados que necesitan los menores en el hogar para recuperarse. <input type="checkbox"/> Dos de cada 3 madres de la localidad no amamantan a sus hijos en forma exclusiva hasta los 6 meses. <input type="checkbox"/> Ausencia de prácticas sanitarias para el manejo de las basuras. <input type="checkbox"/> Dos de cada 3 menores de 5 años sufren de desnutrición. <input type="checkbox"/> Los padres no participan activamente en el cuidado de la salud de sus hijos. <input type="checkbox"/> Los padres y la comunidad desconocen que la salud integral de los menores es un derecho, y que tanto ellos como los diferentes actores sociales de la comunidad tienen el deber de velar porque así sea.
¿Dónde y cuándo?	Esta problemática de salud afecta a la localidad de San Andrés y es permanente.
¿A quién afecta?	Principalmente a los menores de 5 años.

¿Cuáles son las causas y las consecuencias?

En este momento, los porqués reiterativos que nos permiten identificar las causas de los problemas hacen que los distintos actores que están participando en el

diseño de las estrategias de comunicación, debido a sus diversos conocimientos y experiencias, se expresen y compartan información con el grupo. Surgirán así causas originadas en las familias, en la comunidad,

en los propios servicios de salud, en otras instituciones representativas de la comunidad, del Estado, de la estructura socioeconómica, etc. Los porqués reiterativos inducen a explicar el problema.

Del mismo modo, es importante identificar las consecuencias o el efecto del problema, es decir, lo que aparece como manifestación externa y generalmente visible; en otras palabras, lo que el grupo humano conoce. La identificación de las consecuencias permite demostrar que las acciones dirigidas a enfrentar las causas son más sostenibles y exitosas que las

dirigidas a enfrentar las consecuencias. Por ejemplo, en la localidad de San Andrés, si la causa de los episodios de diarrea en los niños menores de 5 años se origina en las condiciones de insalubridad existentes, la intervención sostenible será aquella dirigida a resolver los problemas de agua y saneamiento y no exclusivamente el medicamento para resolver los casos de deshidratación.

En referencia a la problemática de salud de la localidad de San Andrés, podríamos responder a las siguientes preguntas:

Problema de salud identificado	¿Cuáles son las causas?	¿Cuáles son las consecuencias?
Los padres y/o cuidadores no reconocen los signos de peligro ante un caso de diarrea.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los padres o cuidadores no fueron informados y preparados para identificar los signos de peligro. ❑ Los padres o cuidadores no consideran que la diarrea sea una enfermedad por la cual hay que preocuparse. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los niños pueden morir cuando el problema de deshidratación no se trata a tiempo. ❑ Los niños pueden sufrir cuadros de desnutrición, lo cual afecta su estado de salud y bienestar general.
Dos de cada 3 madres de la localidad no amamanta a sus hijos en forma exclusiva hasta los 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Poca valoración familiar con respecto a los beneficios de la lactancia materna. ❑ Existencia de una serie de creencias y mitos que inciden en una alimentación temprana en el niño o niña, etc. ❑ Poca acceso a información en torno a la importancia de la lactancia materna exclusiva para el crecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Presencia de una alta tasa de desnutrición crónica en los menores de 5 años. ❑ Retardo en determinados aspectos relacionados con el desarrollo intelectual y emocional del menor. ❑ Alta incidencia y prevalencia de enfermedades infectocontagiosas en menores de 5 años.
Ausencia de prácticas sanitarias para el manejo de basuras.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El municipio no prioriza acciones orientadas al saneamiento ambiental de la localidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los menores seguirán presentando cuadros de diarrea que pueden poner en peligro sus vidas. ❑ La salud de la comunidad en general puede estar en peligro.

Problema de salud identificado	¿Cuáles son las causas?	¿Cuáles son las consecuencias?
<p>Los padres y la comunidad desconocen que la salud integral de los menores es un derecho y que tanto ellos como los demás actores sociales de la comunidad deben velar porque se cumpla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Las familias desconocen sus derechos y responsabilidades ciudadanas en referencia al cuidado de la salud de sus hijos. ❑ Los servicios de salud y la comunidad no promueven los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores como un derecho y como una responsabilidad. ❑ En los servicios de salud no se aprovechan las oportunidades de contacto con las familias para desarrollar procesos de comunicación y educación. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los servicios de salud pierden oportunidades valiosas de atender a los menores con un enfoque integral. ❑ Las familias no solicitan o exigen atención integral para sus pequeños.

¿Qué conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos actuales de las personas afectadas contribuyen al problema o a su solución?

La pregunta permite identificar aquellos aspectos subjetivos que están detrás de muchas prácticas vinculadas al tema de salud. De esta manera podemos tener una información y un panorama más integral del problema, y con ello podemos hacer un aporte importante al diseño de las estrategias de comunicación. La información para responder a estas preguntas puede ser recopilada a través de:

- La sistematización de la información que aparece en estudios que otras instituciones de la localidad (el propio sector salud, ONG, universidades, municipios, etc.) hayan desarrollado sobre la problemática de salud que estamos enfrentando. Es importante que podamos tener tiempo suficiente para recopilar los datos ya existentes, con el fin de no duplicar esfuerzos.

- Estudios cualitativos de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). Es recomendable desarrollar estos estudios siempre y cuando la información recopilada de otros documentos sea insuficiente para poder explicar la problemática, caso en el cual se recomienda aplicar grupos focales o entrevistas en profundidad, así como procesos de observación sistemática.
- Estudios cuantitativos de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), los cuales nos sirven tanto de diagnóstico como de línea de referencia. Una línea de referencia o de base es aquel punto de comparación que nos permite determinar los conocimientos, actitudes y prácticas imperantes antes de la implementación de las estrategias de comunicación, así como los logros obtenidos después del proceso de implementación. En la línea referencia se deben incluir también preguntas sobre la exposición de la población a los mensajes y a la mezcla comunicacional. Estos estudios

utilizan encuestas estructuradas y requieren rigurosidad en su aplicación, lo cual incluye muestras adecuadas y una supervisión minuciosa del trabajo de los encuestadores e investigadores con experiencia. Todos estos requerimientos hacen que las investigaciones cuantitativas sean costosas. Los estudios CAP se usan generalmente como línea de referencia para proyectos que pueden incluir o no un componente de comunicaciones. Si los proyectos incluyen un componente de comunicaciones, es necesario asegurar que en el estudio CAP (que servirá para evaluar el proyecto en su totalidad y no solo su com-

ponente de comunicaciones) se incluya un conjunto de temas comunicacionales específicos, como por ejemplo la exposición de las personas a la mezcla comunicacional.

En referencia a la problemática de la localidad de San Andrés, a partir de un sondeo cualitativo podríamos recoger información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con los diferentes problemas de salud que aquejan a la comunidad y a sus familias (p.e con respecto a las razones del reemplazo temprano de la leche materna), así como sobre una serie de valores, mitos y/o creencias en torno a este tema:

Problema de salud identificado	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Dos de cada 3 madres de la localidad no amamantan a sus hijos en forma exclusiva hasta los 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Las madres conocen el valor nutritivo de la leche. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Para las madres, la leche materna es el mejor alimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ A partir de los 4 meses, la lactancia materna no es exclusiva; los niños comienzan a consumir otros alimentos.
Los padres o cuidadores no reconocen los signos de peligro en los menores en un caso de diarrea.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los padres o cuidadores conocen algunos signos de peligro como los vómitos y la fiebre. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los padres o cuidadores consideran que la diarrea es una enfermedad que se "cura sola". 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los padres o cuidadores llevan a sus hijos al establecimiento de salud cuando están graves. ❑ Los padres o cuidadores no identifican a tiempo los signos de peligro.

Identificamos barreras y facilitadores por práctica clave a ser promocionada

En la fase de caracterización de la problemática de salud hemos aprendido un poco más acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población. Ahora identificaremos las barreras de tipo social, cultural, económico, geográfico y cognitivo que están

impidiendo que la población adopte las prácticas clave, así como aquellos factores que podrían actuar como facilitadores para la incorporación de las mismas. La información sobre las barreras y facilitadores nos ayudará a promover las prácticas clave a través de estrategias dirigidas a vulnerar las primeras y aprovechar los factores que contribuyan a lo segundo.

A continuación presentamos, siempre en relación a la problemática que vive San Andrés, un análisis de las probables barreras y facilitadores a partir de una de las prácticas priorizadas en nuestra histo-

ria. Observaremos que tanto las barreras como los facilitadores no tienen que ver exclusivamente con el individuo o su familia, sino también con la propia comunidad y los servicios de salud.

Comportamiento factible	Barreras que pueden estar impidiendo la adopción de la práctica clave	Facilitadores que pueden apoyar el logro de la práctica clave
<p>Alimentar al bebé solo con leche materna desde la primera hora después del parto y durante los primeros 6 meses.</p> <p>Alimentar al bebé con leche materna tanto de día como de noche por lo menos 8 veces en 24 horas.</p>	<p>NIVEL INDIVIDUAL</p> <p>Las madres :</p> <p>Consideran que la leche materna no es suficiente para alimentar al bebé y por ello introducen otros líquidos.</p> <p>Tienen la creencia que la leche materna no calma la sed del bebé y por eso introducen el consumo temprano de otros líquidos.</p> <p>Sienten que no producen suficiente leche para alimentar al bebé.</p> <p>Tienen temor a acudir al puesto de salud para poder resolver sus preguntas o dudas con respecto a la lactancia materna.</p>	<p>NIVEL INDIVIDUAL</p> <p>La mayoría de madres de la comunidad son receptivas y tienen una buena actitud hacia la comunicación.</p> <p>Algunas madres valoran positivamente el cuidado de la salud de sus pequeños.</p>
	<p>NIVEL FAMILIAR</p> <p>Los esposos no apoyan a la madre que amamanta en las labores del hogar y comunitarias como la cosecha.</p> <p>Las abuelas y otros familiares cercanos no valoran los beneficios de la lactancia materna exclusiva e inducen al abandono temprano de la misma.</p>	<p>NIVEL FAMILIAR</p> <p>Los cónyuges de las mujeres que dan de lactar tienen buena disposición para recibir información asociada a temas de salud.</p> <p>Las hermanas y madres representan fuentes de información de alta credibilidad para la mujer que amamanta.</p>
	<p>ACTORES SOCIALES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO</p> <p>Los dirigentes no se involucran en la promoción de prácticas que pueden ser saludables para la comunidad y no perciben con claridad que este tema esté vinculado al progreso y desarrollo de la misma.</p> <p>El alcalde no ha querido involucrarse en actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva en niños y niñas</p>	<p>ACTORES SOCIALES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO</p> <p>Los maestros de la red de escuelas públicas desarrollan periódicamente actividades con los padres de familia y abordan diferentes temas, algunos de los cuales están vinculados al cuidado de la salud.</p>

Comportamiento factible	Barreras que pueden estar impidiendo la adopción de la práctica clave	Facilitadores que pueden apoyar el logro de la práctica clave
	<p>menores de 6 meses, y desconoce los beneficios que significa para el sustento de una población saludable al interior de su comunidad.</p>	<p>Las madres de la comunidad que han tenido experiencias exitosas de lactancia materna se encuentran motivadas para compartirlas.</p> <p>Los promotores de salud están capacitados en técnicas para amamantar.</p> <p>Los voluntarios de la Cruz Roja están comprometidos con el trabajo comunitario.</p> <p>La iglesia de la localidad esta comprometida con la mejora de la salud de las familias.</p>
	<p>ACTORES SOCIALES: SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Durante el control prenatal no se comparten con la familia mensajes vinculados a los beneficios de la lactancia materna y a las técnicas de amamantar.</p> <p>Las usuarias de los servicios de salud se quejan frecuentemente por el trato impersonal y poco respetuoso de sus costumbres y tradiciones.</p> <p>El personal de salud hace escaso seguimiento a las madres después del parto, y en las visitas domiciliarias no se adopta un enfoque integral para las acciones de prevención y promoción.</p> <p>La mayor parte de familias vive por lo menos a dos horas de los establecimientos de salud, y el tiempo de espera para la consulta es de aproximadamente de una hora por usuario.</p> <p>Los médicos oponen resistencia a desarrollar labores de comunicación y educación con las familias por fuera del establecimiento de salud.</p> <p>Limitado uso de los espacios naturales de comunicación dentro de los servicios de salud, como por ejemplo las salas de espera, admisiones y otros.</p>	<p>NIVEL INSTITUCIONAL: SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Los establecimientos que han incorporado en su práctica cotidiana la comunicación asertiva y el trabajo en equipo son aquellos que tienen mejor disposición a implementar estrategias de comunicación para promover las prácticas clave.</p> <p>Uno de los establecimientos de la red de servicios de salud recibió un premio como “amigo de la lactancia materna” por las labores de promoción a favor de esta práctica saludable.</p> <p>El médico jefe de la red de servicios de salud está muy motivado para desarrollar trabajo articulado con la comunidad.</p>

El proceso de diagnóstico nos aporta insumos que utilizaremos para empezar a pensar en la acción, pero antes debemos operacionalizar las prácticas clave de tal modo que podamos ajustarlas a la problemática de salud que hemos identificado. A continuación veremos la forma de priorizar y seleccionar los comportamientos específicos que vamos a promover.

Seleccionamos los comportamientos prioritarios que vamos a fomentar

Cada práctica clave es una suma de **comportamientos ideales** recomendados para el conjunto de la población. Esto implica que debemos decidir qué comportamientos específicos queremos promover para cada situación. Por lo tanto, para operacionalizar una práctica clave lo primero que tenemos que hacer es desglosarla en los distintos comportamientos ideales que la componen. Después tendremos que priorizarlos y seleccionar los más apropiados según el contexto. Por ejemplo, en el caso de la estrategia AIEPI, la práctica

de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida podría desglosarse en una lista de comportamientos específicos que describan la frecuencia con la que se debe amamantar; las técnicas correspondientes y el posicionamiento del bebé; la técnica de la extracción y conservación de la leche materna; la necesidad de no dar agua ni otros líquidos aparte de leche materna, y cómo alimentar al bebé en caso de enfermedad, entre otras cosas.

Hasta aquí hemos identificado los **comportamientos actuales** de la población y los **comportamientos ideales**. Ahora necesitamos elaborar una lista de **comportamientos factibles**, tratando de acercarnos lo más posible a los comportamientos ideales pero reconociendo que hay barreras que se interponen en el camino, aunque también facilitadores que conducen a su plena adopción.

A continuación presentamos algunas definiciones que nos ayudarán a repasar y comprender mejor lo que hemos aprendido:

COMPORTAMIENTO IDEAL (Prácticas clave)	COMPORTAMIENTO ACTUAL (Problemática de salud)	COMPORTAMIENTO FACTIBLE (Comportamiento específico)
Es aquel que se considera técnicamente correcto. Esta conducta se considera ideal, aunque no siempre es fácil de llevar a la práctica por parte del público destinatario debido a factores económicos, culturales, geográficos, etc.	Se refiere al comportamiento vigente en la población y que buscamos modificar.	Es el comportamiento factible de lograr y que es absolutamente necesario para la solución del problema identificado.

A manera de ejemplo, y para el caso de la problemática de salud de la localidad de San Andrés, presentamos el siguiente cuadro:

COMPORTAMIENTOS IDEALES (Prácticas clave)	COMPORTAMIENTOS ACTUALES (Problemática de salud)	COMPORTAMIENTOS FACTIBLE (Comportamientos específicos)
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Amamantar a los bebés desde el nacimiento y de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Dos de cada 3 madres de la localidad no amamantan a sus hijos en forma exclusiva hasta los 6 meses. ❑ Una de cada 3 madres de la localidad alimenta al recién nacido con leche en la primera hora después del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Mantener al recién nacido cerca de la madre y amamantarlo durante la primera hora después del parto. ❑ Alimentar al bebé hasta los 6 meses y de forma exclusiva con leche materna. No dar biberones, agua u otros líquidos y/o alimentos. ❑ Amamantar, cuando el bebé lo pida, tantas veces lo pida, por lo menos 8 veces en 24 horas, durante los primeros 6 meses. ❑ Si el bebé enferma se lo debe continuar amamantando. ❑ Alternar el pecho en cada alimentación para garantizar su vaciado y estimular la producción de leche.
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Administrar a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado para las infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los padres y/o cuidadores no reconocen los signos de peligro ante un caso de diarrea en los menores. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Cuando el niño tiene diarrea, empezar cuanto antes a darle líquidos caseros. Seguir alimentando al niño. Cuando un niño tiene fiebre, darle más líquidos, seguir alimentándolo, no vestirlo con ropa abrigada y darle una dosis de Paracetamol para bajarle la temperatura.

Para terminar esta fase, solo restaría priorizar y seleccionar los comportamientos factibles más relevantes para el programa de comunicación. En condiciones normales, resultaría muy difícil promover todos los comportamientos factibles de todas las prácticas clave en salud infantil. Debemos gestionar bien nuestros escasos recursos y asegurarnos de que estamos promoviendo las conductas más relevantes. Para lograr este objetivo, nos ayudará priorizar todos los comportamientos factibles.

El ejercicio de priorización nos ofrece las siguientes ventajas:

- Permite ordenar y comparar los comportamientos más relevantes para la problemática

de salud de la comunidad con la que estamos trabajando.

- Nos ayuda a racionalizar los recursos financieros y humanos disponibles focalizando nuestros esfuerzos en los comportamientos más importantes.

¿Cómo podemos priorizar nuestra lista de comportamientos factibles?

Para poder priorizar nuestros comportamientos factibles de una manera objetiva es importante tener criterios de priorización. En este sentido, hay dos criterios fundamentales: **impacto y modificabilidad** de las conductas factibles.

IMPACTO

El impacto es una estimación del efecto que obtendríamos si la población adoptara un cierto comportamiento. En otras palabras, nos indica en qué medida se resolvería el problema de salud si la población realizara ese comportamiento de manera sostenida.

MODIFICABILIDAD

La modificabilidad nos indica lo fácil o difícil que resultaría a la población adoptar ese comportamiento.

Con base en su impacto y modificabilidad podremos comparar los comportamientos factibles y priorizarlos. Lo ideal sería invertir nuestros recursos en aquellos comportamientos que tengan alto impacto sobre el problema de salud y sean fácilmente modificables.

Este proceso de priorización de comportamientos se puede utilizar para diseñar estrategias de intervención a nivel local, regional y regional.

Identificamos los recursos y espacios de comunicación

En este momento identificaremos, recogeremos y organizaremos la información sobre los recursos de

comunicación que existen en la localidad, región o país. Esta información es útil para la selección pertinente de los espacios y medios de comunicación más apropiados para alcanzar de una forma eficiente a nuestra población objetivo. A continuación presentamos, a manera de ejemplo, una propuesta acerca de los aspectos que pueden ser considerados en esta fase del diagnóstico. Sin embargo, en los niveles local y regional, y en cada país naturalmente, se podrán incluir otros que serán relevantes para la realidad que les corresponde vivir y para la problemática de salud que se quiere abordar.

Personas, instituciones u organizaciones dedicadas a desarrollar tareas artísticas, educativas y de comunicación	Medios de comunicación de la zona	Medios de comunicación de cobertura distrital o nacional que llegan a la zona	Espacios de reunión periódica y eventual
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Grupos de baile <input type="checkbox"/> Grupos de teatro <input type="checkbox"/> Grupos de títeres <input type="checkbox"/> Grupos de música <input type="checkbox"/> Personas que hacen banderolas <input type="checkbox"/> Personas que diseñan afiches, rotafolios, volantes, etc. <input type="checkbox"/> Personas que estampan polos <input type="checkbox"/> Personas que cuentan con equipos de perifoneo <input type="checkbox"/> Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Radios locales <input type="checkbox"/> Televisión comunitaria <input type="checkbox"/> Radios mercado <input type="checkbox"/> Instituciones con sistemas de perifoneo <input type="checkbox"/> Revistas, boletines, periódicos locales <input type="checkbox"/> Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Emisoras radiales <input type="checkbox"/> Televisión comunitaria <input type="checkbox"/> Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parroquias <input type="checkbox"/> Plazas/parques <input type="checkbox"/> Mercados <input type="checkbox"/> Bodegas <input type="checkbox"/> Instalaciones deportivas <input type="checkbox"/> Comedores <input type="checkbox"/> Club de madres <input type="checkbox"/> Fiestas patronales <input type="checkbox"/> Otros

Todos los aspectos tratados hasta este punto constituyen elementos del diagnóstico. Es importante entonces que observemos cómo todos ellos se complementan, lo cual permite tener una visión integral de la realidad a partir de la cual vamos a diseñar la estrategia. Ésta comprende el abordaje de los aspectos que a continuación se describen, los cuales serán desarrollados de manera individual.

Seleccionamos los públicos destinatarios

En este momento delimitaremos claramente con qué segmento de la población afectada por el problema —y por tanto susceptible al cambio— vamos a trabajar. El ejercicio de segmentación nos permite identificar al público objetivo primario (POP), al público objetivo secundario (POS) y a los aliados estratégicos de la intervención.

Público objetivo primario (POP)

- El POP se define como aquel segmento de la población que tiene mayores posibilidades de responder a la propuesta de cambio de comportamiento, debido a que puede acceder y disponer de soluciones que le permitan abordar el problema y experimentar con ellas.

Las siguientes preguntas facilitan la elección del POP:

- ¿Quiénes están directamente afectados por el problema?
- ¿Quiénes responderán mejor al intento de cambio?
- ¿A quiénes se puede comunicar mejor el mensaje?

Público objetivo secundario (POS)

- El POS está constituido por aquellas personas que no son destinatarias directas de la intervención, pero que son indispensables para el desarrollo de la estrategia de comunicación. Este grupo puede ser de gran influencia en las decisiones que tome el público primario. Puede estar compuesto por proveedores de salud, agentes comunales, líderes locales, miembros de la familia, vecinos, maestros, etc. El POS actúa como intermediario de los procesos de cambio de comportamiento, o como un facilitador o motivador de la adopción de la o las prácticas clave priorizadas, y esta información se puede obtener de los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas.

Las siguientes preguntas facilitan la elección del público objetivo secundario:

- ¿Quiénes pueden influir en el POP para la toma de decisiones?
- ¿Quiénes nos pueden dar ideas sobre cómo fomentar el cambio de comportamiento en el POP?

Es muy importante que prioricemos dentro del POS a aquellos que efectivamente tienen un nivel de influencia y a quienes podamos involucrar directamente en la implementación de las estrategias de comunicación educativa.

Aliados estratégicos

- Son aquellos actores sociales o instituciones que nos pueden ayudar a resolver el problema, y por lo tanto a lograr los cambios de

comportamiento (alcaldes, dirigentes comunales, maestros, líderes religiosos, periodistas o comunicadores).

Las siguientes preguntas facilitan la elección de los aliados estratégicos:

- ¿Qué instituciones nos pueden ayudar a multiplicar los efectos que esperamos en el POP?
- ¿A qué actores sociales o líderes de opinión podemos involucrar para generar corrientes de opinión favorables a los procesos de cambio de comportamiento que estamos proponiendo?

El **alcalde**⁴ es elegido para gobernar la localidad y por tanto es el responsable de su desarrollo y bienestar. En ese contexto tiene una posición privilegiada para motivar e incentivar la concertación de esfuerzos e iniciativas a favor de la salud, el medio ambiente y los entornos saludables.

Los **dirigentes comunales** lideran las **organizaciones de base** en las cuales se agrupa la población para resolver sus problemas y necesidades esenciales, económicas o de expresión cultural. Por su cercanía con la población, estos líderes pueden igualmente participar en los procesos de promoción de prácticas clave.

El **maestro**, por la relación formadora directa con los niños en edad escolar y con sus familias, es una de las personas más importantes y a la que la población le reconoce, además de su rol educativo, la capacidad de liderazgo como autoridad y como recurso de consulta por su mayor formación.

⁴ La caracterización de los actores sociales clave ha sido tomada de *Guía de mensajes para actores sociales clave. Proyecto Regional AIEPI Comunitario, OPS- Cruz Roja. 2003.*

Por su relación con la fe, los valores y las costumbres, los **líderes religiosos** afirman su ascendencia en las familias en esos aspectos esenciales y por lo tanto son fuente de altísima motivación.

Los periodistas y/o comunicadores, por su labor en los diferentes medios de comunicación en su calidad de generadores de noticias y formadores de corrientes de opinión,

desempeñan un papel muy importante en lo que se refiere a incidir en los patrones de conducta y consumo de individuos y familias.

Frente a dos de las prácticas clave priorizadas —lactancia exclusiva hasta los 6 meses y tratamiento de las infecciones de los menores en el hogar— y los comportamientos factibles definidos para abordar la problemática de salud que vive San Andrés, podemos identificar los siguientes públicos destinatarios:

Práctica clave priorizada	Comportamientos factibles	Público objetivo primario (POP)	Público objetivo secundario (POS)	Aliados estratégicos o actores claves
“Amamante a los bebés desde el nacimiento y de manera exclusiva hasta los 6 meses de vida”.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Alimentar al bebé solo con leche materna desde la primera hora después de nacido y durante los primeros 6 meses. ❑ Alimentar al bebé con leche materna tanto de día como de noche por lo menos 8 veces en 24 horas. 	Madres con bebés menores de 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Personal de salud ❑ Voluntarios de la Cruz Roja ❑ Promotores de salud ❑ Hermanos mayores 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Periodistas de los medios de comunicación ❑ Líderes de organizaciones de base ❑ Maestros ❑ Alcalde
“Administre a los niños enfermos en el hogar el tratamiento apropiado para las infecciones”.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Cuando el niño tiene diarrea, empezar cuanto antes a darle líquidos caseros. Seguir alimentándolo. ❑ Cuando un niño tiene fiebre, darle más líquidos, seguir alimentándolo, no vestirlo con ropa abrigada y darle una dosis de Paracetamol para bajarle la temperatura. 	Familias con niños menores de 5 años.		

Este proceso de identificación de públicos destinatarios aplica igualmente cuando estamos diseñando estrategias de comunicación a nivel nacional o regional.

Definimos los objetivos de comunicación

En salud, cuando nos referimos a una **meta** estamos hablando de un resultado esperado o un cambio general deseado (impacto sanitario) que no depende solo del programa de comunicación (por ejemplo, disminuir en un 10% la prevalencia de obesidad infantil en niños menores de 15 años en un lapso de 10 años).

Para fijar una **meta sanitaria** deben estar presentes tres elementos:

1. Un número, generalmente expresado en porcentaje (p.e. 10%)
2. Un grupo específico (p.e. niños menores de 15 años)
3. Un período determinado de tiempo (p.e. 10 años)

Alcanzar esta meta requiere múltiples acciones, de las cuales una de las más importantes será la implementación de estrategias de comunicación.

El objetivo de comunicación, tratándose del nivel local, regional o nacional, debe definir el cambio que se espera que el público destinatario adopte o practique respecto a los problemas identificados. Dicho cambio puede expresarse a nivel de prácticas, incremento de

conocimientos y/o desarrollo de actitudes favorables al mismo, como resultado de la estrategia de comunicación. Por tanto, la mejor forma de plantear los objetivos de comunicación es desglosarlos en objetivos de conocimiento, actitudes y prácticas.

Los objetivos deben ser específicos, realizables, medibles y estar jerarquizados. Los aspectos que deben considerarse para formular un objetivo de comunicación pueden recordarse con el acrónimo MADRE.

- **M**edible (que se puede verificar)
- **A**lcanzable (posible de lograr con los recursos disponibles)
- **D**irigido (a un público definido y cuantificado)
- **R**azonable (en coherencia con los posibles cambios de conducta)
- **E**specífico en el tiempo (precisión respecto al tiempo en que dará el cambio)

Los objetivos de comunicación, en términos de conocimientos, actitudes y prácticas, constituirán también una directriz para definir los mensajes claves y los denominados mensajes de apoyo en nuestra estrategia de comunicación. Del mismo modo, en función de los objetivos definiremos más adelante los indicadores de evaluación.

En relación con la problemática de la localidad de San Andrés, a continuación presentamos una propuesta de objetivos de conocimientos, actitudes y prácticas. Como podemos observar, los objetivos relativos a las prácticas son los propios comportamientos factibles.

Objetivo de comportamiento Comportamiento factibles	Público objetivo primario (POP)	Objetivo de conocimiento	Objetivo de actitudes
<p>Después de un año de intervención, el% de las madres con niños menores de 6 meses de la localidad de San Andrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Alimentan al bebé solo con leche materna desde la primera hora después del nacimiento y durante los primeros 6 meses. ❑ Alimentan al bebé con leche materna tanto de día como de noche por lo menos 8 veces en 24 horas. 	<p>Madres con niños menores de 6 meses</p>	<p>Después de un año de implementación de las estrategias de comunicación, el% de las madres con niños menores de 6 meses de la localidad de San Andrés saben que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Desde la primera hora después del nacimiento y durante los primeros 6 meses los bebés deben ser alimentados solo con leche materna. ❑ La madre debe amamantar al bebé, tanto de día como de noche, al menos 8 veces en 24 horas. ❑ Los beneficios de la lactancia materna para la salud del bebé y de la madre. 	<p>Después de un año de implementación de las estrategias de comunicación, el% de las madres con niños menores de 6 meses de la localidad de San Andrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Valoran positivamente la práctica de la lactancia materna y sus beneficios.
<p>Después de un año de intervención, el 40% de los padres y/o cuidadores de los pequeños menores de un año de la localidad de San Andrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Cuando el niño tiene diarrea, empiezan cuanto antes a darle líquidos caseros y siguen alimentando al niño. ❑ Cuando un niño tiene fiebre, le dan más líquidos, continúan alimentándolo, lo visten con ropa ligera y le dan una dosis de Paracetamol para bajarle la temperatura. 	<p>Madres con niños menores de 5 años</p>	<p>Después de un año de implementación de la estrategia de comunicación, los padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años conocen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Los beneficios de continuar alimentándolos cuando están enfermos. ❑ Qué medidas tomar en el hogar frente a un caso de fiebre. 	<p>Después de un año de implementación de la estrategia de comunicación, los padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Opinan a favor de cumplir las indicaciones dadas en los establecimientos de salud.

Definimos las estrategias de comunicación para promover los comportamientos prioritarios

Ahora que tenemos claridad sobre los problemas de salud en los que necesitamos incidir con estrategias de comunicación, que hemos priorizado las prácticas clave y definido los comportamientos factibles, y que conocemos los conocimientos, actitudes y prácticas de la población destinataria, así como las barreras y facilitadores por comportamiento factible, los objetivos de comunicación y los mensajes que vamos a comunicar, definiremos entonces las estrategias de comunicación específicas. Éstas deben estar orientadas a vulnerar las barreras identificadas y aprovechar los facilitadores que hayamos identificado para lograr los objetivos propuestos, es decir, los comportamientos esperados.

Las estrategias serán diferentes si nuestro objetivo es incrementar conocimientos o si pretendemos cambiar conductas o modificar actitudes. En algunos casos podremos recurrir a los medios masivos de comunicación; en otros será necesario privilegiar el contacto personal y el reforzamiento grupal apoyados por acciones de abogacía, entre otras.

Dado que en el Capítulo I de la guía nos familiarizamos con los aspectos conceptuales básicos de cada una de las posibles estrategias de comunicación, a continuación presentamos un ejemplo de su aplicación a partir de una de las prácticas clave priorizadas y los comportamientos factibles en la localidad de San Andrés. Veremos de qué forma se pueden priorizar y complementar las estrategias de comunicación tanto a nivel nacional como local para el cumplimiento de los objetivos dirigidos a mejorar los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas en las familias y en los otros públicos priorizados.

Recordemos que las estrategias que definamos para cada una de las prácticas clave priorizadas pueden ser muy útiles y aplicables para las otras que hayamos

seleccionado. No olvidemos que se trata de aplicar un enfoque integral de comunicación que nos permitirá abordar simultáneamente varias prácticas clave y sus respectivos comportamientos; de esta manera aprovecharemos, con un enfoque estratégico, todos los elementos de la mezcla comunicacional para transmitir los mensajes correspondientes a los comportamientos priorizados de manera complementaria y creando sinergias que benefician a la población. Por ejemplo, en caso de que tengamos que crear una radionovela, los capítulos pueden abordar mensajes correspondientes a los comportamientos priorizados y no solo hacer referencia a uno de ellos. En el caso específico de la localidad de San Andrés, un capítulo podría abordar los mensajes correspondientes a la lactancia materna y otros a los cuidados del niño enfermo.

Las estrategias que definamos incorporarán la selección de determinados recursos o materiales de comunicación que serán usados por los diferentes actores sociales desde sus propios espacios de comunicación y en el marco de sus funciones; esto se conoce como mezcla comunicacional y nos permitirá llegar con los mismos mensajes a la población destinataria desde diferentes espacios y canales de comunicación. Cabe notar que todos estos mensajes se complementarán unos a otros para lograr los mejores efectos y, por esa vía, los objetivos de cambio de conocimientos, actitudes y comportamientos.

El mismo proceso se sigue para el diseño de estrategias de comunicación a nivel nacional y regional, el cual se conoce en ese contexto como selección de intervenciones apropiadas.

A la luz de la problemática de la localidad de San Andrés, podríamos proponer, a manera de ejemplo, el desarrollo de las siguientes estrategias en dos fases, trabajando bajo el supuesto de que, tal y como se especificó en los pasos descritos anteriormente, serán diseñadas conjuntamente con los actores sociales e implementadas con su compromiso y participación.

Primera fase: Crear condiciones para la promoción de las prácticas priorizadas

Creación de corrientes de opinión favorables: abogacía

Se trata de llevar a cabo acciones de abogacía con los actores sociales clave a nivel local, regional y nacional para evidenciar los beneficios de la atención integral de los menores, así como los derechos y responsabilidades de las familias y la comunidad en su cuidado. Para ello se harán visitas personales a cada uno de los actores y se les involucrará en el desarrollo de talleres participativos que ayuden a destacar tanto la problemática de salud de la comunidad como los beneficios del cuidado de la salud integral. Como apoyo para el desarrollo del proceso de abogacía se producirá un conjunto de materiales conformado por una carpeta y hojas informativas con la descripción de la problemática de salud y el rol de cada uno de los actores sociales, y un video motivador acerca de los derechos y responsabilidades de las familias, la comunidad y sus actores sociales en el cuidado de la salud integral de los menores.

Para la problemática de la lactancia materna, y habiéndose identificado el comportamiento del alcalde como una barrera para la adopción del comportamiento, se desarrollarán acciones de abogacía específicas orientadas a difundir las consecuencias que trae consigo el no adherir a la lactancia materna exclusiva en la salud de los bebés de la comunidad. Estas acciones podrán ser desarrolladas por miembros representativos de la propia comunidad como son los dirigentes vecinales, los voluntarios de la Cruz Roja, los líderes comunitarios, etc.

Asimismo se implementará un sistema de comunicación permanente con los periodistas de los diferentes medios masivos para compartir la problemática de salud de la comunidad, y en especial la de los de los menores de 5 años. Para ello se les suministrará información sintética cualitativa y cuantitativa acerca

de las prácticas clave priorizadas y sobre su impacto en el desarrollo de la localidad. Se promoverán igualmente visitas guiadas a los servicios de salud y a las comunidades para acercar a los profesionales de los medios a la problemática de salud y, a partir de allí, resaltar su función como promotores de la salud y su responsabilidad en ese marco.

Por último, se procurará capacitar a líderes de opinión como cantantes, futbolistas, maestros destacados, locutores de programas radiales, familias de la comunidad, etc., para que se conviertan en voceros de los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores, así como de las ventajas de la lactancia materna. Esto con el fin de que aprovechen cualquier oportunidad de contacto masivo con la población destinataria para compartir estos mensajes educativos de una manera sencilla, convincente y motivadora.

Mercadeo social

Se trata de acondicionar los servicios de salud a las expectativas y deseos de las familias, recogiendo sistemáticamente sus percepciones con respecto a la calidad ofrecida, capacitando al personal de salud en técnicas de comunicación asertiva y consejería, mejorando las relaciones interpersonales dentro del propio equipo de salud para que sus integrantes puedan comunicarse mejor entre ellos y con la comunidad, y generando una visión compartida sobre los alcances y beneficios del cuidado de la salud integral de los menores. Tal acondicionamiento debe dirigirse igualmente a hacer que los servicios de salud posibiliten la atención integral de los pequeños de la localidad, articulando los tres componentes AIEPI.

El acondicionamiento de los servicios incluirá la preparación de sus espacios naturales de comunicación —admisiones, sala de espera, etc.— como espacios educativos en los cuales se promoverán los mensajes referidos a las prácticas clave priorizadas. Para ello se programará la presentación de sociodramas interactivos que aborden la importancia del cuidado de

la salud integral de los menores, los beneficios de la lactancia materna y los cuidados del niño enfermo en el hogar. Estos sociodramas serán alternados con la emisión de la serie de cuñas radiales dramatizadas.

Segunda fase: Promoción de las prácticas clave priorizadas

Comunicación masiva

Se emitirá una serie de cuñas radiales dramatizadas a manera de radionovela de un minuto de duración cada una, referidas a los beneficios de la atención integral de la salud de los menores y de la lactancia materna, así como a los cuidados del niño enfermo en el hogar. Esto se hará a través de las emisoras de mayor audiencia entre nuestro público destinatario (edu-entretenimiento). Estas cuñas serán promocionadas por los propios actores sociales en sus espacios naturales de comunicación como la escuela, las asambleas comunales, etc. Del mismo modo, una versión grabada de las mismas será usada en las salas de espera de los establecimientos de salud.

También se programará la emisión de un programa radial de media hora de duración en la red de radios municipales en el que, a partir de la participación de las propias familias, se puedan recrear sus vivencias con respecto a la problemática de salud que se pretende enfrentar. Se priorizará la presentación de “desviantes positivos”, es decir, líderes naturales de las comunidades, de las propias familias o madres que sirvan de ejemplo por haber puesto en práctica los mensajes propuestos.

Movilización comunitaria

Se trata de eventos comunitarios representativos como las ferias de la salud integral o las cruzadas por la protección de la salud integral de los menores, en las cuales se brinde no solo atención médica especializada sino que además se aproveche ese espacio comunitario como un lugar valioso de comunicación con las familias para compartir los mensajes clave de

las prácticas priorizadas. Para tal efecto, estas actividades serán organizadas y gestionadas por todos los actores clave representativos de la comunidad, a saber, maestros, alcaldes, dirigentes, voluntarios de la Cruz Roja, personal de salud, etc., trabajando por un objetivo común.

Comunicación comunitaria con un enfoque de edu-entretenimiento

Se trata de promover los mensajes clave de las prácticas priorizadas con la participación de todos los actores sociales desde sus propios espacios y roles. Esto se hará mediante acciones de comunicación comunitaria como presentaciones itinerantes de teatro callejero en dos versiones: una referida a lactancia materna y la otra a los cuidados del niño enfermo. En estas dos versiones se incorporarán además mensajes relacionados con los derechos y responsabilidades de las familias y comunidad en el cuidado de la salud integral de los menores.

Asimismo, se diseñará un juego educativo para escenarios públicos que revalore la participación de las parejas en las prácticas de lactancia materna, así como las responsabilidades compartidas de la familia y la comunidad en el cuidado de la salud integral de los pequeños.

Aprovechando el trabajo de la red de escuelas públicas de la localidad de San Andrés, se realizarán acciones a partir de vivencias lúdicas y de entretenimiento que generen espacios de reflexión con los padres de familia para promover el conocimiento de sus derechos y responsabilidades con respecto a la salud integral de sus hijos.

Comunicación interpersonal y grupal

Todas las oportunidades de contacto dentro y fuera de los establecimientos de salud con las familias serán aprovechadas por el personal de salud, los promotores y los voluntarios de la Cruz Roja para comunicar los mensajes clave y de apoyo de las prácticas

priorizadas, siempre de acuerdo con las necesidades e intereses del público destinatario. En el caso de la lactancia materna se hará énfasis en sesiones demostrativas a madres lactantes o en período de gestación, al tiempo que se apelará a testimonios de madres y parejas que hayan tenido experiencias exitosas de lactancia materna exclusiva. En referencia a la promoción de los beneficios del cuidado de la salud integral de los menores, estos mensajes estarán presentes en todas las sesiones de consejería u oportunidades de comunicación grupal que sostengan estos actores con las familias.

Las acciones mencionadas serán respaldadas mediante el uso de material comunicacional de apoyo como un álbum de láminas que contengan los mensajes clave, un video para las salas de espera y para sesiones educativo-demostrativas, así como un recordatorio utilitario para las familias, como por ejemplo un calendario.

Se aprovechará el momento del control prenatal para compartir con la madre y su familia los diversos mensajes referidos a las prácticas clave priorizadas, y sobre todo a los beneficios del cuidado integral de la salud de los pequeños, desde el momento mismo en que son concebidos.

En la instancia de internación se implementará un servicio especializado de consejería a las familias de los menores que han sido dados de alta para compartir en este espacio, a partir de una revisión de la experiencia vivida, los mensajes clave de promoción del cuidado de la salud integral de los pequeños, la información pertinente al reconocimiento de signos de peligro y los cuidados del niño en el hogar. La intención es comprometerlas para que se conviertan en “familias mensajeras de la salud” para que compartan estos mensajes con sus pares en la comunidad.

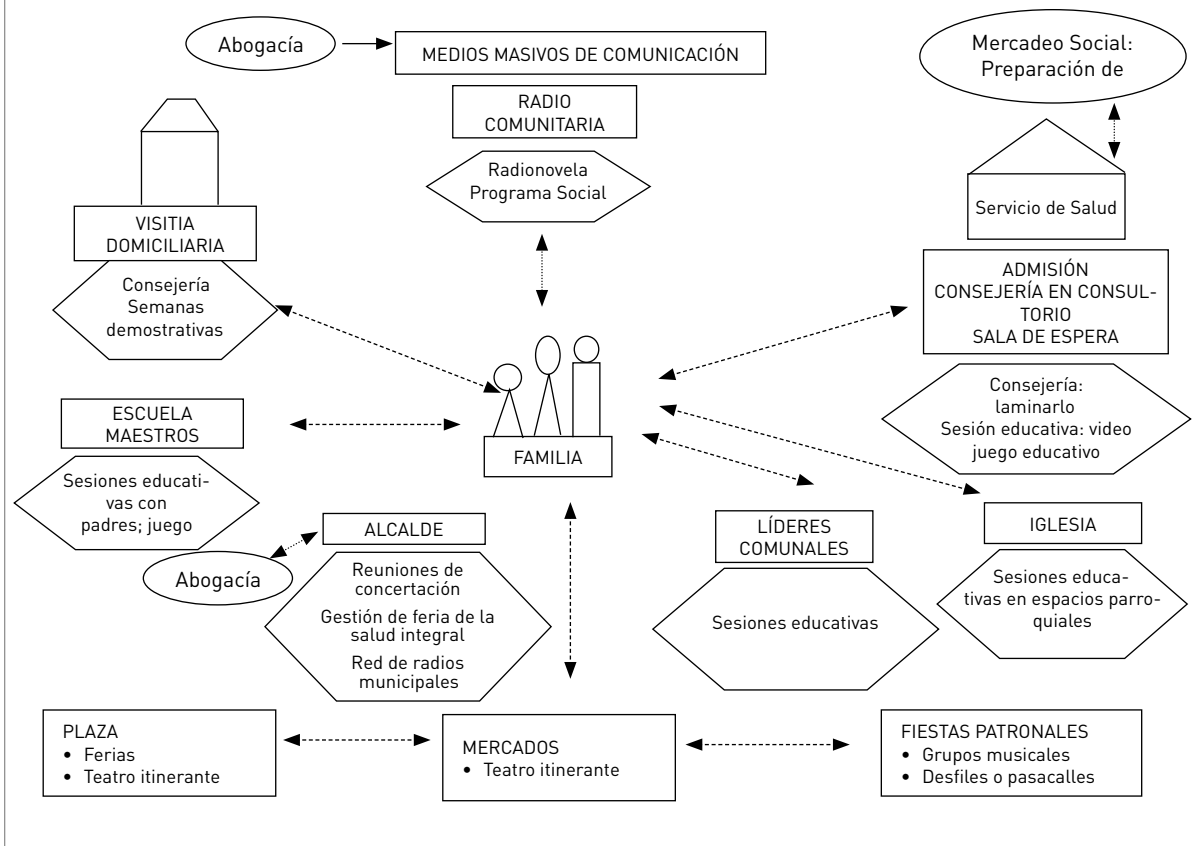
Mercadeo social

Se optimizará la distribución de los servicios de salud promoviendo un mayor número de visitas domiciliarias a aquellas familias que tengan niños menores de 6 meses para promover los comportamientos saludables en materia de lactancia materna. Asimismo se llevarán a cabo visitas comunitarias dirigidas a promover los beneficios de la salud integral de los menores.

Se hará un reconocimiento de aquellos agentes comunitarios de salud, voluntarios de la Cruz Roja y personal de salud con mayor número de referencias y contrarreferencias. También se entregarán certificados de reconocimiento para las madres y padres que hayan logrado completar con éxito el período de lactancia materna exclusiva, así como para los actores sociales que hayan promovido esta práctica en forma activa y comprometida.

A continuación presentamos un gráfico que nos permite visualizar la **mezcla comunicacional** propuesta para abordar dos de las prácticas clave priorizadas en la localidad de San Andrés. Asimismo permite establecer y observar la complementariedad de las estrategias de comunicación elegidas y, en ese marco, las acciones de comunicación que llevarán a cabo los diferentes actores sociales a favor de la promoción de las prácticas clave, siempre desde su propio rol y funciones, y apelando a sus propios espacios y oportunidades de comunicación con las familias y la comunidad.

MEZCLA COMUNICACIONAL: CÓMO APROVECHAR EL ROL Y ESPACIOS DE COMUNICACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES



PASO 1
Crear una visión compartida

PASO 2
Elaborar la estrategia

PASO 3
Diseñar un paquete integrado de acciones de comunicación

PASO 4
Implementar y ampliar la experiencia

PASO 5
Reprogramar y ajustar las intervenciones con base en los resultados

Definamos los mensajes

Una vez definidos los comportamientos factibles y los objetivos de mejora de conocimientos, actitudes y prácticas, debemos entonces definir con claridad aquello que vamos a comunicar a las familias: los mensajes. Éstos son elementos esenciales de la estrategia, en la medida en que constituyen el conjunto de ideas seleccionadas y jerarquizadas que queremos transmitir, esto es, qué se quiere decir y cómo, teniendo en cuenta aspectos cognitivos y emotivos. Cabe señalar que para ser efectivos, los mensajes deben poseer las siguientes características:

- Ser claros: evitar tecnicismos
- Suficientemente redundantes: repetir los conceptos más importantes y destacarse por sobre los demás.

- De tono positivo: evitar las frases en negativo o prohibitivas.
- Atractivos: llamar la atención por encima de otros mensajes y usar lemas “pegajosos” que involucren pocos personajes.
- Creíbles: coherencia entre fuentes o portavoces confiables y el mensaje.
- Responder a una necesidad: centrarse en lo más importante para la audiencia destinataria.
- Proactivos: invitar a la acción utilizando verbos activos.
- Coherentes: no presentar información contradictoria con la de otros mensajes.
- Breves: incluir una o dos ideas como máximo.
- Testimoniales: mostrar situaciones reales de la vida cotidiana de la audiencia.

La estrategia AIEPI ha logrado un importante avance en relación con las acciones de comunicación para el cambio de comportamiento. Esto se ha hecho no solo priorizando las prácticas clave sino también definiendo un conjunto de mensajes básicos y de apoyo por cada una de ellas y por actor social que participa en la estrategia. Éstos aparecen en *la Guía de mensajes por actores sociales* (OPS- AIEPI).

A continuación presentamos un ejemplo extraído de la mencionada guía, que recomendamos utilizar conjuntamente con la presente guía metodológica, porque los contenidos se encuentran estrechamente interrelacionados y alimentan esta fase de la definición de las estrategias de comunicación.

La guía de mensajes hace una importante diferenciación de los mismos, agrupándolos según la pertinencia y oportunidad que tienen los actores sociales de entrar en contacto con las familias, a partir de su rol en la comunidad. Esto permitirá que las familias sean impactadas por los mismos mensajes en diferentes espacios y por parte de diferentes actores sociales, lo cual contribuirá a reforzar los esfuerzos dirigidos a que se adopten las prácticas clave priorizadas.

Recordemos que los mensajes clave y de apoyo pueden ser adaptados a la realidad de cada país pero sin cambiar su esencia. De otro modo podrían confundir a las familias, que terminarían recibiendo mensajes distintos e incluso contradictorios.

Los mensajes que prioricemos deberán estar contenidos en los diferentes recursos de la comunicación o materiales educativo- comunicacionales que vayamos a producir o que hubiésemos seleccionado en la fase de diagnóstico y estemos dispuestos a reproducir. Esto deberá hacerse aplicando siempre el criterio de complementariedad, de modo que no todos los materiales tengan todos los mensajes. La selección dependerá del objetivo del material, su tipo y su forma de uso.

Por ejemplo, en una presentación de teatro podríamos abordar dos o tres mensajes en el propio guión, mientras que en una cuña radial generalmente se trabajará sobre la base de un solo mensaje clave.

Prácticas clave	Público secundario	Mensajes clave	Mensajes de apoyo
<p>Amamante a los lactantes de manera exclusiva por lo menos seis meses desde el momento mismo de su nacimiento.</p>	<p>Personal de salud, voluntarios de la Cruz Roja, agentes comunitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La leche materna es el primer y mejor alimento que da vida a los bebés. ❑ Inmediatamente, desde la primera media hora de nacido, el bebé debe tomar su primer y mejor alimento: 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 amamantar en forma exclusiva tantas veces como el pequeño lo pida, por lo menos 8 veces en 24 horas. 	<p>Mensajes de apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ 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 dé el pecho al bebé, en la primera media hora de nacido, la protección será mayor. ❑ Cuando el bebé se alimenta del pecho, también está protegiendo a la madre porque la lactancia materna ayuda a disminuir el sangrado después del parto y de esta forma el útero se contrae con mayor 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 (siguen otros).

Seleccionamos materiales de comunicación acordes con los mensajes

Es importante que identifiquemos los materiales de comunicación que hayan sido producidos para la localidad, región o país en función a las prácticas clave y a los comportamientos factibles definidos sobre los cuales vamos a intervenir. Esto por cuanto los procesos de producción de materiales son prolongados y dispendiosos, de manera que debemos primero aprovechar los esfuerzos que ya se hayan podido desarrollar al respecto en el nivel nacional, regional o local, trátase de ONG, el propio Ministerio de Salud, las agencias de cooperación internacional, los municipios, etc. No sobra repetir aquí que esto se puede hacer siempre y cuando los materiales en mención sean coherentes con los comportamientos que estemos promoviendo y por tanto con los mensajes que comunicaremos.

Producimos y validamos el paquete de materiales educativo-comunicacionales

Se trata de materiales de carácter didáctico y promocional que se emplean en apoyo a las actividades a realizar según la mezcla comunicacional que se haya definido y con base en la estrategia previamente diseñada. Éstos deben responder a:

- la práctica clave priorizada y a los comportamientos factibles correspondientes;
- el público objetivo o destinatario;
- los objetivos de comunicación; y
- las estrategias de comunicación.

Existe una variedad de materiales de esta índole como son los juegos educativos, programas radiales, radio-novelas, historietas, obras de teatro, muestras itinerantes, canciones, manuales, CD interactivos, videos, etc., y su selección estará determinada principalmente por el tipo de interacción que deseemos establecer con nuestro público destinatario.

Por lo general, dependiendo del tipo de material, en su diseño y producción se cuenta con el apoyo de personas especializadas como dibujantes, guionistas, diagramadores, especialistas en comunicación comunitaria, etc. Aun así, debemos participar en todo el proceso de diseño y producción para asegurar que los materiales cumplan con el objetivo planteado y sean de calidad.

La fase de elaboración de materiales educativo-comunicacionales exige una permanente revisión y evaluación, ya que durante este proceso éstos pasan por una serie de modificaciones hasta llegar a su producción final. No debemos olvidar que antes de la validación, el material no es más que un boceto o borrador y que solo después de validarlo podremos pasar a la fase de producción final.

Para elaborar materiales apropiados es necesario tener en cuenta cinco principios básicos, a los que llamaremos **componentes de eficacia**, los cuales actúan de manera interdependiente. Esto quiere decir que el cumplimiento de uno es requisito para el siguiente, como se observa a continuación.

Atracción

Este componente está referido a la capacidad del material de llamar la atención del público destinatario en términos de colores, diseño, formato, es decir, a asegurar que el material tenga “gancho”.

Los elementos relacionados con este elemento varían de acuerdo al material; así, cuando se trate de un material gráfico como un afiche o un rotafolio, la atracción estará en los colores, tamaño y tipo de letra, mensaje, etc.

Comprensión

Una vez que hemos asegurado que nuestro material logra llamar la atención del público, debemos garantizar que sus mensajes sean comprensibles, es decir, que al público destinatario le quede claro por qué debe adoptar el comportamiento factible que se le propone.

De nada vale que el material sea atractivo a primera vista (u oído) si solo se comprende a medias o no se comprende.

Participación

Este componente permite incorporar en el material elementos que ayuden a que el público destinatario se sienta identificado con lo que le proponen los mensajes.

Un material puede ser muy atractivo y totalmente comprensible, pero la audiencia seleccionada podría considerar que no está dirigido a ella; en ese sentido, la participación es un elemento que garantiza que la población a la cual dirigimos el material educativo-comunicacional, sienta como suyo el mensaje, es decir, se sienta identificada con él.

Aceptación

Este componente se preocupa por que los mensajes del material educativo-comunicacional no perturben al público destinatario.

La aceptación del mensaje se relaciona con:

- ❑ La cultura de la población: costumbres, prejuicios, mitos, falsas creencias, etc.
- ❑ Su factibilidad, es decir, su potencial para que se pueda llevar a cabo.
- ❑ El acceso que tenga la población destinataria a los recursos necesarios para poner en práctica las recomendaciones de los mensajes (infraestructura, equipos, recursos financieros, etc.)

Inducción a la acción

A través de este componente buscamos que los materiales superen el nivel exclusivamente informativo y puedan comunicar mensajes orientados a la acción.

Para ello es necesario que los diseñadores del material tengan claros los comportamientos factibles que estamos proponiendo, para lo cual deberán preguntarse:

- ❑ ¿Qué nuevos comportamientos queremos inducir?
- ❑ ¿Qué prácticas deben modificarse?
- ❑ ¿Cómo se van a modificar?
- ❑ ¿Qué beneficios proporcionan los nuevos comportamientos?

Si bien es cierto que la elaboración de un determinado material puede haber significado un enorme esfuerzo en recursos humanos y financieros, y que puede haber contado con un equipo profesional muy capacitado e incluso con una excelente asesoría técnica, la ausencia de alguno de los cinco componentes de eficacia podría ocasionar que éste no ayude a cumplir con los objetivos propuestos. Cabe recordar que tales componentes actúan en forma interdependiente y son complementarios entre sí.

De allí la importancia crítica de la **validación**, esto es, la prueba a la que se somete el material educativo-comunicacional que hemos diseñado. Por lo general probamos el material con un grupo representativo del público al cual está dirigido; sin embargo, en ciertos casos en los cuales queremos probar los contenidos abordados, podremos someter el material a una validación con expertos en temas específicos.

La validación es importante porque:

- Nos permite estar más seguros de que el material elaborado sirve para alcanzar los objetivos propuestos (difundir, alertar, modificar acciones y prácticas culturales, etc.).
- Nos permite incorporar de forma sistemática las sugerencias del público objetivo con respecto a los componentes de eficacia.
- Permite ahorrar tiempo y dinero, ya que es más fácil y menos costoso modificar un material antes de reproducirlo masivamente. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que la validación no arregla de por sí la deficiencia de los mensajes.

Dependiendo del material a validar o del aspecto que deseamos probar, haremos uso de un determinado tipo de validación, a saber:

a) Validación técnica:

Consiste en que uno o más especialistas revisen, comenten, aprueben y aporten al

contenido que se difundirá a través de los materiales educativo-comunicacionales.

Esta validación debe hacerse antes de someter a prueba el material con la población, a fin de asegurar que cada mensaje exprese lo correcto en términos técnicos.

Es importante aclarar que los conceptos difíciles y técnicos no deben predominar sobre mensajes claros y sencillos. Se trata de ser claros y precisos y de difundir información de acuerdo al:

- Perfil del público al cual dirigimos nuestro material.
- A las normas técnicas establecidas.

b) Validación con la población:

Consiste en comprobar, con un público cuyo perfil es similar al de aquel al cual dirigimos el material educativo-comunicacional, si el contenido y la forma de presentación de nuestros materiales funcionan.

Es importante mencionar que al hablar de un perfil similar nos referimos a un grupo de personas que comparten características como edad, sexo, instrucción, procedencia, nivel socioeconómico, cultura y estilos de vida, costumbres y valores, etc., parecidas a las de la población a la cual se piensa dirigir el material.

Para validar los materiales de comunicación con la población aplicaremos técnicas de validación cualitativas como las entrevistas en profundidad y los grupos focales. Su selección adecuada requerirá que tomemos en cuenta los siguientes criterios, al momento de seleccionar alguna de ellas:

- Tipo de material que se validará y su forma de uso
- Recursos (financieros y de tiempo) disponibles
- Características del público representativo

En el anexo de técnicas de investigación podremos encontrar algunos instrumentos de validación que nos servirán como un ejemplo que podemos adaptar.

En el caso de las estrategias de comunicación que estamos diseñando para la localidad de San Andrés, tendremos que producir un conjunto de materiales educativo-comunicacionales conformados por algunos que ya existen y que validaremos, y por otros que diseñaremos y produciremos íntegramente. En ambos casos, los materiales tienen que pasar por la validación técnica y por la validación con el público destinatario. El siguiente cuadro nos ayudará a entender este proceso:

Tipo de material de comunicación	Público destinatario	Técnica de validación
Radionovela (30 capítulos)	Familias con hijos menores de 5 años	Grupo focal
Álbum de láminas para las sesiones de consejería	Familias con hijos menores de 5 años	Entrevista en profundidad
Juego educativo para escuelas	Padres de familia de niños menores de 5 años	Grupo focal

PASO 1 Crear una visión compartida
PASO 2 Elaborar la estrategia
PASO 3 Diseñar un paquete integrado de acciones de comunicación
PASO 4 Implementar y ampliar la experiencia
PASO 5 Reprogramar y ajustar las intervenciones con base en los resultados

nicación que hemos definido a lo largo del proceso. Recordemos una vez más que, bajo un enfoque de salud pública, nuestro objetivo es beneficiar al mayor número posible de personas. Aunque estos procesos se lleven a cabo en un entorno local, es importante plantearse desde un inicio cómo se podría incrementar la escala de actuación para llegar no solo a otras localidades cercanas sino también a los niveles regional y nacional.

En la práctica, el nivel de implementación y ampliación futura de nuestras actuaciones en comunicación se construye en los pasos 1 a 3 a través de la participación y el consenso en cuanto a la visión y el diseño del programa de comunicación. Para ello debemos pensar en la mejor manera de involucrar a actores e instituciones que operan en distintos ámbitos con la idea de que puedan facilitar la ampliación a escala de la intervención. Con el objetivo de la expansión en mente, debemos pensar desde el inicio en qué actores e instituciones de cada uno de los niveles tendrían que involucrarse en este proceso.

En este momento de la planificación determinaremos todos aquellos aspectos que facilitarán la implementación exitosa de las estrategias de comu-

Elaboramos el plan de trabajo y el presupuesto

El plan de trabajo es una herramienta de gestión que permitirá planificar las actividades necesarias para implementar las estrategias. Tales actividades deberán ser registradas, en forma secuencial, señalando la fecha o período de ejecución y los responsables de las mismas. Dado que estamos generando un proceso participativo con los actores sociales clave, éste será el momento de plasmar los compromisos concretos de

cada uno de ellos. Del mismo modo, es mejor identificar en esta instancia las necesidades de presupuesto para la implementación de las estrategias de comunicación.

A continuación presentamos un ejemplo basado en la experiencia de la localidad de San Andrés, en el que tan solo se detallan algunas de las actividades de la estrategia:

	Actividad	Responsable	Cronograma	Presupuesto
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Definición de necesidades de información para identificar barreras y facilitadores por comportamiento factibles. <input type="checkbox"/> Diseño de estudio de investigación cualitativo. <input type="checkbox"/> Trabajo de campo. <input type="checkbox"/> Sistematización y análisis de la información. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jorge Santibáñez, responsable AIEPI <input type="checkbox"/> Clara Vergara, responsable ONG 	15 de enero– 15 de febrero	
Abogacía	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificación de actores sociales. <input type="checkbox"/> Preparación del conjunto de materiales de apoyo a las acciones de abogacía. <input type="checkbox"/> Desarrollo de visitas personales. <input type="checkbox"/> Desarrollo de talleres de sensibilización. <input type="checkbox"/> Seguimiento a acuerdos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> María La Rosa, Jefe de la Red de Servicios de Salud <input type="checkbox"/> Claudio Fernández, líder comunitario 	15 de abril a– 15 de junio	

	Actividad	Responsable	Cronograma	Presupuesto
Mercadeo Social	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Encuestas de satisfacción a usuarios. ❑ Capacitación al equipo de salud, voluntarios de Cruz Roja y agentes comunitarios en comunicación asertiva. ❑ Reuniones de coordinación y articulación de estrategias de comunicación/ estrategia AIEPI. ❑ Organización del trabajo externo. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ María La Rosa, Jefe de la Red de Servicios de Salud ❑ Carmen Arros-pide, Jefe educación y salud de la Cruz Roja 	1 marzo- 30 de junio	

	Actividad	Responsable	Cronograma	Presupuesto
Comunicación masiva	Programa radial (12 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Juan de la Cruz, voluntario de la Cruz Roja ❑ Jessica Linares, comunicadora de la Secretaría de Salud ❑ Manuel Montes, director de radio comunitaria 	1 – 25 de julio	
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Elaboración de guiones ❑ Validación ❑ Producción ❑ Negociación con medios de comunicación ❑ Inicio de difusión 		28 de julio al 10 de agosto	
	Radionovela (20 capítulos)		15 – 25 de agosto	
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Elaboración de guiones ❑ Validación ❑ Producción ❑ Negociación con medios de comunicación ❑ Inicio de difusión 		15 al 25 de agosto	
			1 de septiembre	
			1 – 25 de Julio	
			28 de julio al 10 de agosto	
			15 – 25 de agosto	
			15 al 25 de agosto	
			1 de noviembre	

	Actividad	Responsable	Cronograma	Presupuesto
Comunicación comunitaria	Feria de salud integral	❑ Fernando Vargas, teniente alcalde	1 – 15 de agosto	
	❑ Reuniones de coordinación con instituciones	❑ Juana Rosas, directora Red de Escuelas	15 agosto- 30 septiembre	
	❑ Diseño de propuesta y juegos educativos	❑ Fabián Aguilar, AIEPI	15 – 30 de octubre	
	❑ Convocatoria y difusión	❑ Jacinta Flores, dirigente comunal	1 de septiembre	
	❑ Implementación			

Organizamos el trabajo en equipo

El éxito de la implementación de las estrategias de comunicación dependerá también de la capacidad que tengamos como actores sociales para desarrollar las actividades de acuerdo a lo programado en el cronograma y para crear las sinergias necesarias que optimicen los esfuerzos desplegados orientados a lograr los objetivos. Se trata de demostrar nuestra capacidad para trabajar en equipo en aras de obtener resultados.

Recordemos que el factor humano es el principal recurso con el que contamos para implementar las estrategias; por tanto, es necesario que identifiquemos nuestras fortalezas y debilidades para que podamos desarrollar actividades que nos gusten y con las cuales sintamos que seguimos creciendo como personas y como profesionales.

Es importante por ello definir claramente las funciones en el equipo de trabajo, para poder definir tareas y

responsabilidades de manera muy clara. Una forma de organizar al equipo es definiendo un comité directivo bajo el liderazgo del sector salud y conformado por representantes de todos los actores sociales e instituciones que nos interese involucrar y comprometer en el desarrollo de acciones conjuntas y coordinadas para promover el cuidado de la salud integral de los niños y niñas de nuestra localidad. Dentro de este comité se pueden conformar subgrupos de trabajo, así:

- Asesores técnicos especialistas en la problemática de salud que pretendemos enfrentar
- Abogacía
- Adecuación de servicios de salud: mercadeo social
- Capacitación
- Producción y validación de materiales de comunicación
- Comunicación masiva, comunitaria e interpersonal y grupal
- Monitoreo y evaluación

PASO 1
Crear una visión compartida

PASO 2
Elaborar la estrategia

PASO 3
Diseñar un paquete integrado de acciones de comunicación

PASO 4
Implementar y ampliar la experiencia

PASO 5
Reprogramar y ajustar las intervenciones con base en los resultados

Aunque en el campo de las comunicaciones en muchas ocasiones nos vemos obligados a trabajar con la mentalidad de “campañas”, lo cierto es que este término militar, empleado para exterminar un foco de agresión, tiene poco que ver con el proceso de adopción de comportamientos. Los conocimientos, actitudes y prácticas se moldean en el tiempo con esfuerzos sistemáticos y sostenidos. Los datos del monitoreo y evaluación de las intervenciones en las distintas fases de un programa nos ayudan a reprogramar nuestros objetivos y a ajustar nuestras actividades con base en los resultados.

La evaluación es el proceso por medio del cual verificamos si se cumplen los objetivos, se alcanzan los resultados, se implementan los procesos de manera adecuada, y si los insumos poseen las características necesarias. Es una herramienta que brinda información necesaria para comprobar el cumplimiento de actividades, identificar problemas, corregir y mejorar procesos y desempeños, así como para medir los resultados al término de la intervención de comunicación. En la medida en que la evaluación debe entenderse

como parte del proceso de planificación de las estrategias de comunicación que hemos venido elaborando, se hace parte de la estrategia misma.

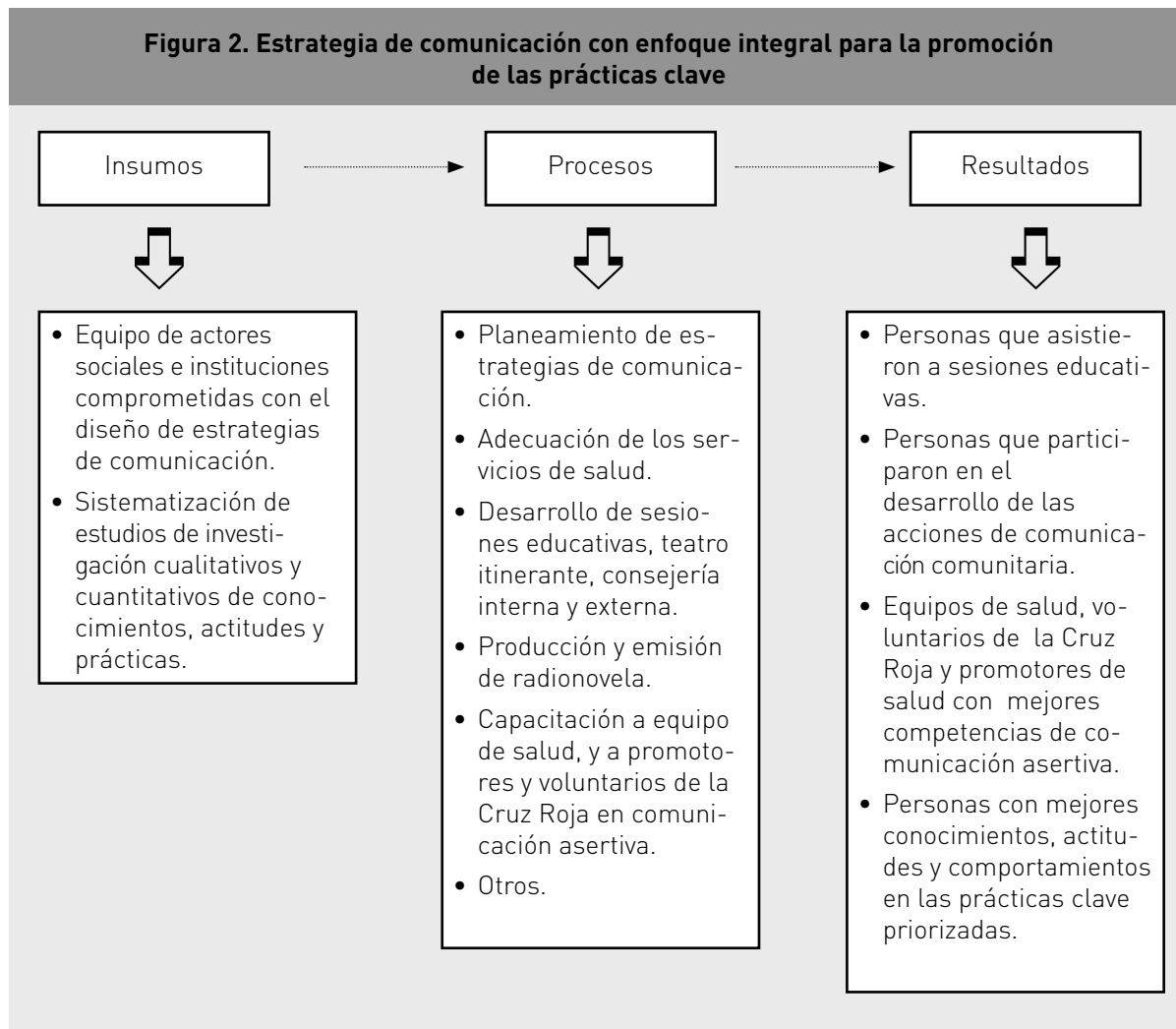
Diseñamos un marco conceptual para la evaluación

Desde una perspectiva sistémica, un programa, proyecto o plan está compuesto por tres elementos básicos:

- **Insumos:** El conjunto de recursos necesarios para que la estrategia de comunicaciones funcione. Pueden ser de carácter humano, financiero, material o de infraestructura.
- **Procesos:** El conjunto de actividades contenidas en la estrategia de comunicaciones que convierte los insumos en los resultados esperados.
- **Resultados:** Hay varios tipos de resultados producto de la implementación de la estrategia. Podemos clasificar los resultados en tres tipos:
 - *Productos.* Son aquellos resultados que están inmediatamente relacionados con el fin de una actividad o estrategia. Por ejemplo, en una capacitación el resultado inmediato son los conocimientos adquiridos por los participantes. En una estrategia de comunicación, el producto serían las personas expuestas a las diferentes actividades de la mezcla comunicacional.
 - *Resultados intermedios.* Son aquellos resultados efecto de los productos. Siguiendo el ejemplo, esperamos que las personas capacitadas cambien a lo largo del tiempo sus actitudes hacia el comportamiento que queremos lograr.
 - *Impactos.* Constituyen el resultado más lejano que se produce luego del resultado intermedio. En la comunicación, lo más difícil de lograr son los cambios

de comportamiento de las personas. Así que éstos constituyen el principal desafío de la estrategia de comunicación. La

expectativa es que la situación de salud cambie en el largo plazo como resultado de los cambios de comportamiento.



La figura 2 indica que los resultados de nuestra estrategia de comunicación se deben a un conjunto de procesos implementados que usan determinados insumos para lograrlos.

Tipos de evaluación

- Evaluación participativa de necesidades: diagnóstico
- Evaluación participativa del proceso: monitoreo
- Evaluación participativa de resultados
- Evaluación de impacto

Evaluación participativa de necesidades: diagnóstico. Como ya lo vimos, el primer paso del proceso de planificación consiste en el análisis de la información previo al diseño de las estrategias para definir los problemas de salud; analizar sus causas y consecuencias; priorizar las prácticas clave; analizar los conocimientos, actitudes y hábitos de la población afectada en relación con el problema identificado, e identificar las preferencias, espacios y modos de comunicación del público objetivo. Mediante la articulación de saberes y prácticas

podremos conocer los rasgos fundamentales de la realidad, lo cual servirá para diseñar la estrategia. En este proceso también identificaremos con precisión las barreras y facilitadores relativos a los comportamientos factibles.

El diagnóstico recoge solo aquello que nos interesa en términos de los factores económicos, socioculturales y políticos que inducirán a adoptar los comportamientos que se desea promover, además de evaluar la capacidad de intervención institucional. Se trata de un proceso participativo en el que intervienen los actores sociales y representantes de las familias que diseñan la estrategia de comunicaciones.

Evaluación participativa de proceso: monitoreo. Es el proceso de seguimiento de las actividades y sus resultados —desde la implementación hasta que concluye la intervención— durante el cual se registran datos cuantitativos y cualitativos de manera sistemática.

Los aspectos que pueden ser monitoreados son:

- Las actividades de comunicación educativa (como por ejemplo la distribución de materiales educativo-comunicacionales), la difusión de los mensajes por distintos medios de comunicación, etc.).
- Los desempeños, como por ejemplo el uso correcto de los materiales, tipo de comunicación interpersonal, etc.
- Los efectos temporales en la población: conocimientos, actitudes, reacción, etc.

De esta manera:

- Vigilamos el cumplimiento de las acciones y comprobamos si se desarrollan conforme a lo planificado.
- Vigilamos y calificamos el desempeño de las personas encargadas de las actividades para saber si el sistema de organización funciona, si ha cumplido su propósito o si necesita mejorarse.

- Vigilamos el efecto de la mezcla comunicacional en los públicos objetivo.

El proceso de monitoreo contempla:

1. *Observación:* Es la mirada objetiva y crítica sobre una actividad o desempeño, de acuerdo con el indicador.
2. *Registro y derivación:* Es el llenado del instrumento con los datos requeridos (actividades, pautas de desempeño, calificaciones, etc.) y su derivación al nivel correspondiente para la consolidación.
3. *Consolidación:* Es la agrupación de fichas de registro en un solo instrumento (consolidado) para facilitar la lectura global y el análisis. Puede hacerse por actividad o por ámbito territorial.
4. *Toma de decisiones:* Son las medidas que se adoptan a partir de las dificultades y sugerencias, para corregir el rumbo de la actividad hacia el logro esperado y para reforzar aprendizajes que aseguren los desempeños y resultados deseados.

En todo este proceso es indispensable que los actores sociales con quienes hemos diseñado la estrategia de comunicaciones y con quienes la implementaremos, se comprometan a desarrollar también acciones básicas de monitoreo que nos ayuden a tomar las medidas correctivas del caso. Asimismo será una forma de motivar la reflexión conjunta con respecto a las estrategias que están funcionando y aquellas que no funcionan tanto.

El monitoreo requiere de indicadores, los cuales serán ejemplificados a continuación en relación con los comportamientos esperados y la mezcla comunicacional propuesta para San Andrés (Véase el anexo 2, Ejemplos de indicadores de procesos):

- Número de presentaciones de teatro itinerante que hayan cumplido con el objetivo de convocatoria y comunicación de mensajes priorizados en forma eficiente.

- Número de agentes comunitarios y voluntarios de la Cruz Roja con conocimientos y desempeño eficiente (alto) al frente de consejerías y charlas dirigidas a familias con niños menores de tres años.

los resultados de la estrategia de comunicación, a fin de establecer si se han logrado o no sus objetivos. Los indicadores de resultados son datos (cuantitativos y cualitativos) que permiten expresar y medir el resultado y el grado de logro. Ejemplos de indicadores de resultados en referencia a la estrategia de comunicaciones para San Andrés son los siguientes:

Evaluación participativa de resultados. Se trata de aquella evaluación que nos permite medir y verificar

Resultados*	Indicadores
Exposición a la mezcla comunicacional	
Personas que han escuchado la radio-novela.	<p>Porcentaje de personas que alguna vez han escuchado la radionovela.</p> <p>Porcentaje de personas que escuchan la radionovela 3 veces a la semana o más.</p> <p>Porcentaje de personas que escuchan la radionovela menos de 3 veces a la semana.</p>
Personas que han participado en las ferias de salud integral.	Porcentaje de personas por comunidad que han participado en las ferias de salud integral.
Escuelas que han realizado eventos lúdicos y de entretenimiento para educar a los padres de familia.	Número de escuelas que realizaron eventos.
Conocimientos	
Las madres conocen el valor nutritivo de la leche.	Porcentaje de madres entrevistadas que conocen el valor nutritivo de la leche.
Los padres y/o cuidadores conocen algunos signos de peligro como vómitos y fiebre.	Porcentaje de madres que conocen los signos de peligro durante la diarrea.
Actitudes	
Las madres consideran que la leche materna es el mejor alimento.	Porcentaje de madres que priorizan la leche materna sobre cualquier otro tipo de leche.
Prácticas	
A partir de los 6 meses la lactancia materna no es exclusiva; los niños comienza a ingerir otros alimentos.	Porcentaje de madres con niños mayores de 6 meses que complementan la lactancia materna con otros alimentos.
Los padres y/o cuidadores llevan a sus hijos al establecimiento de salud cuando presentan signos de peligro.	Porcentaje de niños con diarrea que presentan signos de peligro y que fueron llevados al establecimiento de salud.

* Se ha incluido un anexo relacionado a las prácticas de higiene (lavado de manos, manejo de excretas, uso de agua segura), que puede servir de ejemplo y además puede adaptarse a otras prácticas.

El proceso de evaluación de resultados contempla:

1. El diseño de la investigación para la evaluación (línea de referencia y línea de salida).
2. La recolección de información.
3. El análisis de información, es decir, la mirada objetiva de los datos registrados y consolidados para tener una información clara y comprensible.
4. La reflexión y socialización de resultados, esto es, es la discusión e interpretación de los resultados cualitativos y cuantitativos de la información.
5. La toma de decisiones, es decir, de aquellas medidas que se adoptan a partir de las dificultades identificadas y sugerencias formuladas para corregir el rumbo de la actividad hacia el logro esperado, y para reforzar aprendizajes que aseguren los desempeños y resultados deseados. La toma de decisiones debe involucrar al colectivo de actores e instituciones sociales que participaron en el diseño e implementación de la estrategia de comunicación.

Evaluación de impacto. Es la evaluación de los objetivos estratégicos de la intervención comunicacional, como serían los cambios en el estado de salud y nutrición. Tales objetivos son los que se logran luego de conseguir los resultados más inmediatos (p.e. personas expuestas a la campaña o personas que adquieren conocimientos) o intermedios (p.e. cambios en las actitudes o prácticas de la población).

Los indicadores de impacto son aquellos que miden directamente los cambios en los estados de salud y nutrición de la población:

- Porcentaje de niños desnutridos
- Tasa de mortalidad materna
- Tasa de mortalidad infantil

El logro de estos indicadores no se deriva exclusivamente de las intervenciones de comunicación, sino que usualmente es el resultado de múltiples estrategias sostenidas en el tiempo. En el caso de AIEPI, el cumplimiento de estos objetivos dependerá de la implementación sinérgica de sus tres componentes, entre otros aspectos.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Los pasos y recomendaciones consignadas a lo largo de esta guía pueden ser adaptados de diversas maneras por parte de los equipos de trabajo que se conformen para responder a las demandas que surjan en el marco de las acciones de implementación de la estrategia AIEPI y, en general, de mejoramiento de la salud infantil, a través de diversas estrategias de comunicación. La guía ha sido concebida de manera flexible y los equipos podrán incorporar sus propias experiencias, estrategias, conocimientos y lecciones aprendidas para hacer de este instrumento un elemento de apoyo en sus esfuerzos por mejorar la salud de niños y niñas de la Región.

TALLER PRESENCIAL DE COMUNICACIÓN ASERTIVA Y RELACIONES INTERPERSONALES

PARTICIPANTES:

Equipos de salud

OBJETIVOS:

- Que los participantes conozcan y ejerciten habilidades de comunicación asertiva para mejorar sus relaciones interpersonales y la integración del trabajo en el establecimiento de salud.

TIEMPO:

- 4 horas

Tiempo	Contenidos	Objetivo	Metodología	Recursos
10 minutos	Presentación del taller	Que los participantes se presenten y conozcan los objetivos del taller	<p>Conforme lleguen los participantes, solicíteles que firmen la lista de asistencia.</p> <p>Presente el objetivo del taller en un papelógrafo.</p> <p>Dinámica de presentación: Los animales</p> <p>Prepare tarjetas con nombres de animales (dos tarjetas por cada animal).</p> <p>Reparta las tarjetas a los participantes.</p> <p>Explique que no podrán mostrar su tarjeta a nadie y que deberán imitar el sonido onomatopéyico del animal que les tocó y buscar a su pareja solo escuchando dicho sonido. Al encontrar a su pareja deberán presentarse a partir de las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ¿Cómo se llama? <input type="checkbox"/> ¿Cómo le gusta que le digan? <input type="checkbox"/> ¿De dónde viene? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es su comida favorita? <p>Cuando todos hayan terminado deberán presentar a su pareja a todo el grupo. Inicie esta parte de la dinámica presentado usted mismo a su pareja. Felicite a cada participante luego de su presentación y pida aplausos para él o ella.</p>	<p>Lista de asistencia</p> <p>Tarjetas con nombres de animales.</p>
25 minutos	Importancia de la comunicación		<p>Dinámica de motivación: La tarea</p> <p>Forme grupos según el número de participantes y entregue a cada integrante de los varios grupos una hoja de papel, un plumón o marcador y un lápiz.</p> <p>Luego explique que cada grupo deberá dibujar un cuerpo humano.</p> <p>Para ello cada integrante del grupo debe dibujar solo una</p>	<p>Papelógrafo</p> <p>Plumones o marcadores</p>

Tiempo	Contenidos	Objetivo	Metodología	Recursos
			<p>parte. La consigna es que no deben comunicarse ni mirar para hacer la tarea. Luego de 5 minutos se revisa el trabajo de cada grupo y se ven los problemas y dificultades que se les presentaron.</p> <p>En un segundo momento se pide a los grupos que hagan la misma tarea, aunque esta vez comunicándose y coordinando. Luego se analizan las ventajas de haber trabajado bajo esta nueva modalidad.</p> <p>Presente en un papelógrafo la importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales.</p>	
20 minutos	Tipos de comunicación		<p>Trabajo grupal: Tipos de comunicación</p> <p>Forme grupos según el número de participantes. Enseguida entregue a cada grupo una tarjeta con el mismo mensaje, y en el reverso indique el tipo de comunicación que deberán utilizar.</p> <p>Luego de 5 minutos de coordinación, pídale a cada grupo que represente lo que indica la tarjeta.</p> <p>Cierre el ejercicio reflexionando con los participantes sobre cómo un mismo mensaje varía de acuerdo al tipo de comunicación utilizado, y sobre las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.</p> <p>Pida a los participantes que compartan alguna experiencia donde se haya evidenciado alguno de los tipos de comunicación y que aporte al grupo ofreciéndole una solución en forma asertiva.</p> <p>Presente en el papelógrafo los tipos de comunicación que existen y sus características.</p>	Tarjetas con mensajes

Continúa de la pág. 111

Tiempo	Contenidos	Objetivo	Metodología	Recursos
10 minutos	Comunicación asertiva		<p>Trabajo grupal: Dígalo asertivamente (Exposición—Diálogo): Forma grupos de trabajo según el número de participantes y entrega a cada grupo una tarjeta con una serie de mensajes agresivos y/o pasivos. Luego pide a cada grupo que a su turno lea el mensaje de la tarjeta y luego lo cambie a una comunicación asertiva. Si deseas puedes nombrar un jurado y trabajar bajo la modalidad de concurso.</p> <p>Presenta en un papelógrafo la definición de la comunicación asertiva y su importancia en las relaciones interpersonales.</p> <p>Pide a los y las participantes que compartan con el grupo experiencias o situaciones donde se haya evidenciado la comunicación asertiva en su labor en el establecimiento de salud.</p>	<p>Papelógrafo</p> <p>Pegante</p> <p>Revistas</p>
30 minutos	Conflictos	Identifican los puntos de conflicto o desencuentro para construir relaciones proactivas y asertivas.	<p>A manera de introducción, explica que el conflicto aparece en nuestras vidas porque los seres humanos tenemos libertad. Esta libertad nos permite decidir y nuestra decisión no siempre va a complacer a las personas que nos rodean. Además, el hecho de que seamos seres que solo podemos existir en sociedad hace que los conflictos sean el "pan de cada día" en las relaciones entre los seres humanos.</p> <p>Reporte de experiencias</p> <p>Entrega a cada participante una hoja e imparte las siguientes instrucciones: Recuerda algún conflicto en el que hayas estado involucrado en tu centro de trabajo, descríbelo con cierto detalle y dibuja un momento o episodio clave.</p>	<p>Hojas y plumones de punta fina o crayolas</p>

Tiempo	Contenidos	Objetivo	Metodología	Recursos
			<p>Los que lo deseen, podrán pasar adelante a exponer su caso.</p> <p>Debes tener presente que este ejercicio puede despertar susceptibilidades, por lo cual es importante que al iniciar este bloque, expliques que si bien es cierto estamos en un momento para decir lo que pensamos y opinamos, también es cierto que debemos hacerlo sin hacer daño a los demás. El o la participante que no desee compartirlo con todos, podrá hacerlo con algún compañero o compañera.</p> <p>En plenaria se analizará cada caso.</p>	
30 minutos	Interculturalidad	Aplican enfoque de interculturalidad en procesos de comunicación interpersonal.	<p>Trabajo de grupos</p> <p>Pide a los participantes que formen grupos según el servicio donde trabajan.</p> <p>Explica que en cada grupo uno de los participantes deberá compartir alguna experiencia que haya tenido en su labor donde se evidencie un caso de interculturalidad. Solicita que lo analicen a partir de las siguientes preguntas, según el caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ ¿Qué sentimos frente al conocimiento de formas de pensar, sentir y actuar diferentes a las emanadas de nuestra formación como profesionales? ❑ ¿Qué actitudes estamos tomando frente a personas que forman parte de otra cultura? ❑ ¿De qué manera estas diferencias culturales afectan nuestras relaciones interpersonales? ❑ ¿Qué estamos haciendo para complementar ambas culturas en relación con nuestra labor diaria? 	<p>-Papelógrafos</p> <p>-Plumones o marcadores</p> <p>-Cinta de enmascarar</p>

Tiempo	Contenidos	Objetivo	Metodología	Recursos
			<ul style="list-style-type: none"> ❑ Identifiquen situaciones en las que puedan mejorar su labor a partir del enfoque de interculturalidad. <p>Cada grupo comparte con otro su trabajo y, luego de revisarlo y dar sus sugerencias, lo devuelve para ser expuesto.</p> <p>Cada grupo expone su trabajo.</p> <p>Aclara dudas y felicita a cada grupo.</p> <p>Luego expones el concepto de interculturalidad, sus características y la importancia de recuperar lo mejor de ambas culturas para poder avanzar.</p>	
1 hora	Enfoque de género	Se sensibilizan al acercarse al enfoque de género.	<p>Sociodrama</p> <p>Pide a los participantes que formen grupos de cinco personas. Entrega a cada grupo uno de los temas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Una familia donde uno de los integrantes está mal de salud y los demás tratan de llevarlo a un establecimiento de salud. ❑ Una familia donde no se respetan los derechos de las personas. ❑ Una familia donde no saben amamantar a un niño de dos meses. <p>Explica que cada grupo deberá crear una historia, a partir del tema que le ha correspondido, la cual tiene lugar en un planeta donde los sexos no existen, es decir, donde todos los habitantes son iguales.</p> <p>Cada grupo deberá crear su historia y dramatizarla en plenaria.</p> <p>Luego de cada presentación, pide la participación de los demás, dando su opinión y sugerencias.</p>	Tarjetas con temas

Tiempo	Contenidos	Objetivo	Metodología	Recursos
			Para cerrar, comparte con los participantes los contenidos sobre el enfoque de género que encontrará en el desarrollo de esta sección de la guía.	
20 minutos	Trabajo en equipo	Fomentar el espíritu de equipo	<p>Dinámica: Las máquinas</p> <p>Pide a los y las participantes que formen 3 grupos.</p> <p>Entrega a cada grupo una tarjeta con el nombre de una máquina e indica que no se lo enseñen a los demás grupos.</p> <p>Explica que cada grupo deberá representar la máquina que se especifica en su tarjeta. Deberán intervenir todos los miembros del grupo y podrán utilizar todo su cuerpo y sonidos (ya sean vocales o corporales).</p> <p>Da 5 minutos para que se pongan de acuerdo. Luego pide a cada grupo que represente su trabajo y a los restantes que adivinen qué máquina les correspondió.</p> <p>En sesión plenaria, reflexiona a partir de las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ¿Algún miembro del equipo dejó de hacer algo en la representación? <input type="checkbox"/> Si la respuesta es positiva, ¿Por qué? <input type="checkbox"/> ¿Cómo organizaron las tareas? <input type="checkbox"/> ¿Alguna persona del grupo dejó de hacer su función? <input type="checkbox"/> ¿Qué pasó? <p>Las reflexiones seguramente llevarán a conclusiones del siguiente tipo, que deberán ser registradas en el papelógrafo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En un equipo todos somos necesarios. <input type="checkbox"/> Cada uno tiene diferente función, pero engrana con el trabajo común. 	<p>-Papelógrafo</p> <p>-Plumones o marcadores</p> <p>-Cinta de enmascarar</p> <p>-Papeles con los nombres de las siguientes máquinas: computadora, radio, televisor y estufa.</p>

Tiempo	Contenidos	Objetivo	Metodología	Recursos
			<ul style="list-style-type: none"> ❑ Cada uno tiene diferentes habilidades que, tomadas conjuntamente, logran el objetivo. ❑ Todos somos necesarios. <p>A continuación pide a los y las participantes que compartan algunos de los problemas que han tenido cuando han trabajado en equipo. Asimismo explica que tendrán que dar ideas sobre cómo pudieron haberse evitado dichos problemas.</p>	
40 minutos	Derechos y deberes	Analizar los derechos y deberes de las personas que atendemos.	<p>Lluvia de ideas</p> <p>Pide a los participantes que a partir de su labor diaria, analicen cuáles son los derechos y deberes, tanto de las personas a quienes atienden como los propios.</p> <p>Escribe en un papelógrafo los comentarios del grupo separándolos en dos columnas.</p> <p>Termina la actividad con la siguiente pregunta reflexiva: ¿Respetamos los derechos de quienes nos rodean en nuestra labor diaria? ¿Respetamos nuestros derechos? ¿Cumplimos con nuestros deberes? ¿Los demás cumplen con sus deberes? ¿Cómo se podría mejorar y reforzar el ejercicio de los deberes?</p> <p>Comparta en plenaria las respuestas, propiciando el diálogo en torno al tema.</p>	<p>-Papelógrafo</p> <p>-Plumones o marcadores</p> <p>-Cinta de enmascarar</p>
	Cierre del taller		Felicita a todo el grupo por el trabajo realizado, que será de utilidad para todos los presentes, y agradece su constante participación.	

EJEMPLOS DE INDICADORES DE PROCESOS

A continuación se muestran los indicadores que pueden ser evaluados en una estrategia de comunicación, y que pueden servir como referente en el marco de los que hemos diseñado para San Andrés:

Resultados a ser evaluados	Criterio de evaluación	Indicador	Fuente de información
Procesos			
Implementación de planes de comunicación educativa.	Efectividad	Número de instituciones y actores sociales que cumplen con las actividades programadas en el plan.	Lista de verificación de acuerdos
		<p>Comunicación interpersonal</p> <p>Número de sesiones de comunicación interpersonal donde el proveedor o intermediario del proceso de cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escucha con atención Responde preguntas Muestra respeto y calidez Produce mensajes de acuerdo a las necesidades del otro Propicia el diálogo Propicia acuerdos Refuerza mensajes Usa los materiales en el momento oportuno Entrega material de ayuda previa explicación 	Guía de observación

Resultados a ser evaluados	Criterio de evaluación	Indicador	Fuente de información
Procesos			
		<p>...y donde el usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se muestra interesado Hace preguntas Está dispuesto a forjar acuerdos Muestra respeto Sabe que se le garantiza su privacidad Interviene en un ambiente libre de ruidos molestos 	Guía de observación
		<p>Comunicación comunitaria</p> <p>Número de juegos educativos donde el facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Motiva la participación Refuerza los mensajes Cumple con las instrucciones Responde adecuadamente a las preguntas Se muestra respetuoso <p>... y donde los asistentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Participan en los juegos Preguntan Número de personas que comprendieron el mensaje. Número de personas que están motivadas a cambiar. <p>Número de funciones de teatro popular en donde los actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cumplen el guión Motivan la participación del público Los diálogos se escuchan con claridad El vestuario y la utilería resultan atractivos Las personas se muestran interesadas <p>Número de personas que comprendieron el mensaje.</p> <p>Número de personas que están motivadas a cambiar.</p>	Guía de observación

Resultados a ser evaluados	Criterio de evaluación	Indicador	Fuente de información
		Comunicación masiva Número de cuñas de TV y radio que se transmiten de acuerdo a la pauta acordada con el medio.	Seguimiento de la pauta
Abogacía con medios de comunicación y con actores locales clave.	Efectividad	Número de instituciones aliadas ⁵ o actores que: Apoyan las actividades del plan Dan declaraciones a favor Participan en el desarrollo de actividades Colaboran con recursos humanos, financieros, materiales, equipo	Lista de verificación
		Número y tipo de medios de comunicación que difunden gratuitamente las cuñas.	Lista de verificación
Producción de materiales de comunicación educativa.	Efectividad	Número de materiales producidos.	Registro de materiales producidos
Resultados			
Mensajes difundidos a través de diversos medios de comunicación masiva, interpersonal y comunitaria		Número de consejerías, funciones de títeres, funciones de teatro popular, sesiones demostrativas y/o juegos educativos.	Registro de actividades
		Número de personas que han participado de las consejerías, funciones de títeres, funciones de teatro popular, sesiones demostrativas y/o juegos educativos.	Registro de actividades
		Porcentaje de personas que conocen los mensajes clave.	Encuesta modelo para población
		Porcentaje de personas que tienen actitudes favorables a los mensajes.	Encuesta modelo para población
		Número de cuñas dramatizadas de radio difundidas.	Seguimiento de pauta

Resultados a ser evaluados	Criterio de evaluación	Indicador	Fuente de información
	Costos	Monto ahorrado por emisiones gratuitas en medios masivos.	Sistema de registro
	Oportunidad	Número de mensajes insertados en publicaciones en prensa, radio y TV.	Sistema de registro de las notas de prensa, artículos y notas publicadas

5 Una institución aliada es aquella que no estaba involucrada en el diseño y ejecución del plan, pero que a raíz de las acciones de abogacía se encuentra participando actualmente.

HOJA DE TRABAJO DE M & E*

HOJA DE TRABAJO: PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

INDICADORES	Requerimiento de datos	Fuente	Frecuencia	Persona responsable
Resultados de salud	% de reducción de la diarrea en los niños menores de 5 años	Encuesta	De base y final	unidad de M&E
	# niños menores de 5 años con diarrea durante las últimas 2 semanas			
Prácticas	# total de niños menores de 5 años			
	% de cuidadores que se lavan las manos antes de preparar los alimentos y alimentar al niño, después de defecar y después de asistir a un niño que ha defecado	Encuesta	De base y final	unidad de M&E
	# cuidadores que se lavan las manos en los momentos clave			
	# total de cuidadores de los niños menores de 5 años			
% de cuidadores que tiran las heces de los niños de menos de 36 meses en las letrinas	Encuesta	De base y final	De base y final	unidad de M&E
# cuidadores que tiran las heces de los niños menores de 36 meses en el inodoro ¿o en las letrinas?				
# cuidadores de niños menores de 36 meses				

* Tomado de Favin, M. y Otros. 2004. *Improving Health through Behavior Change: A Process Guide on Hygiene Promotion*. Environmental Health Project/Pan American Health Organization/United States Agency for International Development, Washington, DC.

INDICADORES	Requerimiento de datos	Fuente	Frecuencia	Persona responsable
% de niños 3 a 9 años que usan un inodoro para defecar	# niños de 3 a 9 años que defecan en los inodoros	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
	# total de niños 3 a 9 años			
% de hogares sin acceso al agua corriente que desinfectan el agua potable mediante la cloración, el hervor o el sol	# hogares sin acceso al agua corriente que tratan el agua potable	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
	# total de hogares sin acceso al agua corriente			
Barreras y soportes principales				
% de los hogares con un lugar especial para el lavado de manos	# hogares en el área del proyecto con un lugar especial para el lavado de manos	Observación de encuestas (en la lista de chequeo de los trabajadores comunitarios)	De base y final Cuatrimestral	Unidad de M&E Gerente del Proyecto
	# hogares			
% de los hogares con un lugar especial para el lavado de manos que tiene jabón	# de los hogares con jabón en el lugar donde se lavan las manos	Observación de encuestas (en el Checklist de los trabajadores comunitarios)	De base y final Cuatrimestral	Unidad de M&E Gerente del Proyecto
	% de los hogares con un lugar especial para el lavado de manos			
% de los hogares con acceso a un inodoro	# hogares en el área del proyecto con inodoros que funcionan	Observación de encuestas (en el Checklist de los trabajadores comunitarios)	De base y final Cuatrimestral	Unidad de M&E Gerente del Proyecto
	# hogares			

% de hogares que tienen acceso a fuentes de agua potable	# hogares en el proyecto área que extraen el agua de un caño o de un pozo cubierto	Observación de encuestas (en el Checklist de los trabajadores comunitarios)	De base y final Cuatrimestral	Unidad de M&E Gerente del Proyecto
	# hogares			
% de cuidadores que lavan regularmente sus envases de almacenamiento de agua	# cuidadores que lavaron sus envases de almacenamiento de agua en los 3 últimos días	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
	# cuidadores			
% de cuidadores que conocen los momentos críticos para el lavado de manos	# cuidadores que pueden nombrar cuatro momentos críticos para el lavado de manos	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
	# cuidadores			
% de cuidadores que saben cómo almacenar el agua adecuadamente	# de los cuidadores que pueden explicar cómo se almacena adecuadamente el agua	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
	# cuidadores			

16 PRÁCTICAS CLAVE

PARA FOMENTAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO SALUDABLES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS

Dichas prácticas, contribuyen a:

- Estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental
- Prevenir enfermedades
- Brindar la mejor asistencia domiciliaria
- Identificar precozmente cuándo buscar atención fuera del hogar

PARA EL CRECIMIENTO FÍSICO Y EL DESARROLLO MENTAL

1. Amamante a los lactantes de manera exclusiva por lo menos seis meses. (Las madres que son VIH positivas deberán recibir asesoramiento sobre otras opciones para alimentar al bebé, teniendo presente las normas y recomendaciones de OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre infección por VIH y alimentación del lactante).
2. A partir de los seis meses de edad, suministre a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.
3. Proporcione a los niños cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea en su régimen alimentario o mediante el suministro de suplementos.
4. Promueva el desarrollo mental y social del niño, respondiendo a su necesidad de atención, y procure estimularlo mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas.

PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

5. Lleve a los niños en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas (BCG, DPT, VOP y antisarampionosa) antes de que cumplan un año.
6. Deseche las heces (inclusive las de los niños) de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a los niños.
7. Proteja a los niños en las zonas donde la malaria es endémica, asegurándose que duerman con mosquiteros tratados con insecticida.
8. Adopte y mantenga los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA, especialmente los huérfanos.

PARA EL CUIDADO APROPIADO EN EL HOGAR

9. Continúe alimentando y dando líquidos a los niños, especialmente leche materna, cuando están enfermos.
10. Administre a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado para las infecciones.
11. Tome las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.
12. Evite el maltrato y descuido de los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurran.
13. Asegure que los hombres participen activamente en el cuidado de sus hijos y se involucren en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.

PARA BUSCAR ATENCIÓN

14. Reconozca cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévelos al

personal de salud apropiado para que reciban atención.

15. Siga las recomendaciones dadas por el personal de salud en relación con el tratamiento, seguimiento y la referencia del caso.
16. Asegúrese que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada, consistente en un mínimo de cuatro visitas prenatales con un proveedor de servicios de salud apropiado y la administración de las dosis recomendadas de toxoide tetánico. La madre necesita contar con el apoyo de la familia y la comunidad para buscar atención apropiada, especialmente en el momento de dar a luz y durante el posparto y período de lactancia.

- Airhihenbuwa, C. & Obregón, R. 2000, A Critical Assessment of Theories/Models Used in Health Communication for HIV/AIDS, *Journal of Health Communication*. V.5 (supplement), p.5-15.
- Favin, M. y Otros. 2004. *Improving Health through Behavior Change: A Process Guide on Hygiene Promotion*. Environmental Health Project/Pan American Health Organization/United States Agency for International Development, Washington, DC.
- Ford, N., Odaollo, D., & Chorlton, R. 2003. Communication from a Human Rights Perspective: Responding to the HIV/AIDS Pandemic in Eastern and Southern Africa A Working Paper for use in HIV and AIDS Programmes, *Journal of Health Communication*, Vol. 8, N.6.
- OPS/OMS. *Guía para facilitadores de la capacitación de Agentes Comunitarios: Componente Comunitario de la estrategia AIEPI*, Serie OPS/FCH/CA/04.2 (1), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2004.
- OPS/OMS. *Guía de dirigentes de organizaciones de base: Componente Comunitario de la estrategia AIEPI*, Serie OPS/FCH/CA/04.2 (2). E, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2004.
- OPS/OMS. *Guía para coordinadores locales, Cruz Roja y personal de salud: Componente Comunitario de la estrategia AIEPI*. Serie OPS/FCH/CA/04.2 (3).E, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2004.
- OPS/OMS. *Guía del alcalde en su gobierno local: Componente Comunitario de la estrategia AIEPI*, Serie OPS/FCH/CA/04.2 (4).E, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2004.
- OPS/OMS, *Guía del maestro en su escuela: Componente Comunitario de la estrategia AIEPI*, Serie OPS/FCH/CA/04.2 (5).E, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2004.
- OPS/OMS, *Guía para profesionales de los servicios de salud: Componente Comunitario de la estrategia AIEPI*, Serie OPS/FCH/CA/04.2 (6). E, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2004.
- OPS/OMS, *Guía para voluntarios de Cruz Roja: Componente Comunitario de la estrategia AIEPI*, Serie OPS/FCH/CA/04.2 (7). E, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2004.
- Kotler, Philip y Roberto Eduardo, *Marketing Social*, Madrid: Díaz de los Santos S.A, 1993.
- Ministerio de Salud de Perú, *Guía del Planificador IEC: Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa*, Proyecto de Salud y Nutrición Básica, Lima, Perú, 2000.

- OPS. (Informe de Relatoría). *Seminario Taller Internacional de Experiencias en Comunicación y Salud de la niñez. Lecciones aprendidas, retos y nuevas direcciones*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Junio 1993.
- Piotrow, P. y otros. 1997. *Health Communication: Lessons Learned from Family Planning and Reproductive Health*. Praeger Publishers, Westport, CT.
- Rodríguez, C., Obregón, R., & Vega, J. 2002. *Manual de Estrategias de Comunicación para el Cambio Social*. Friedrich Ehbort Foundation, Quito, Ecuador.
- Rosenberg, Marshall. B. *Comunicación No Violenta*, Ediciones Urano, Barcelona, España, 2000.
- Toro, J., La Calidad de la Educación Primaria. Medios de Comunicación Masiva y Comunidad Civil: El Proyecto "Primero mi primaria para Triunfar". *Boletín Unesco-Orealc*, No. 28, pp. 98, 1992.
- UNICEF, *Caja de Herramientas Metodológicas: Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa*. Lima, 2002.

