



**PANAMÁ**

**MINISTERIO DE SALUD**

# **Diseño de Estrategia de Cambio y Adopción de Practicas en Salud**

Documento preparado por Management Sciences for Health bajo el contrato no. SCL/SPH.13.12.00-C y en el marco del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud, contrato BID 2563/OC-PN

## **Indice**

---

<b>INDICE</b>	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>SIGLAS</b>	<b>5</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>10</b>
<b>I. ANTECEDENTES E INTRODUCCIÓN</b>	<b>14</b>
<b>II. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>16</b>
<b>III. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>22</b>
<b>IV. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>24</b>
<b>V. LÍNEAS DE ACCIÓN, COMPONENTES, AUDIENCIAS, PRÁCTICAS, MENSAJES Y MEDIOS DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>26</b>
<b>VI. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>59</b>
<b>VII. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN</b>	<b>81</b>
<b>VIII. OPERATIVIDAD DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>83</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>97</b>

### **Listado de Anexos**

- Anexo I      Indicadores generales para evaluación de la Estrategia  
Anexo II     Cuadro general de medios y materiales

### **Figuras y tablas**

- Figura 1:    Modelo de comportamiento en salud  
Figura 2:    Fases de implementación de la Estrategia de cambio y adopción de Prácticas en salud  
Figura 3.    Red General Comarca Guna Yala

Figura 4.	Red General Comarca Emberá Wounaan
Tabla 1:	Estrategia aplicada a la Etapa Preconcepcional
Tabla 2:	Estrategia aplicada a la Etapa de Embarazo/Preparto
Tabla 3:	Estrategia aplicada a la Etapa de Parto
Tabla 4:	Estrategia aplicada a la Etapa de Postparto/Puerperio
Tabla 5:	Primera Fase de la Estrategia
Tabla 6:	Materiales de la Primera Fase
Tabla 7:	Segunda Fase de la Estrategia
Figura 1:	Modelo de comportamiento en salud
Figura 2:	Fases de implementación de la Estrategia de cambio y adopción de Prácticas en salud
Figura 3.	Red General Comarca Guna Yala
Figura 4.	Red General Comarca Emberá Wounaan
Tabla 1:	Estrategia aplicada a la Etapa Preconcepcional
Tabla 2:	Estrategia aplicada a la Etapa de Embarazo/Preparto
Tabla 3:	Estrategia aplicada a la Etapa de Parto
Tabla 4:	Estrategia aplicada a la Etapa de Postparto/Puerperio
Tabla 5:	Primera Fase de la Estrategia
Tabla 6:	Materiales de la Primera Fase
Tabla 7:	Segunda Fase de la Estrategia
Tabla 8:	Materiales de la Segunda Fase
Tabla 9:	Tercera Fase de la Estrategia
Tabla 10:	Cuarta Fase de la Estrategia
Cuadro 1:	Preparación para la Implementación de la Estrategia
Cuadro 2:	Selección del equipo ejecutor de la Estrategia en el campo
Cuadro 3:	Producción y reproducción de materiales y herramientas de comunicación educativa
Cuadro 4:	Presentación de la Estrategia a las autoridades comarcales y locales
Cuadro 5:	Elaboración de planes concretos de ejecución en cada comarca
Cuadro 6.	Implementación de la Estrategia en la comunidad
Cuadro 7:	Implementación de la Estrategia en los servicios de salud
Cuadro 8:	Supervisión y monitoreo de la ejecución de la Estrategia

## Siglas

---

<b>AIN-C</b>	Atención Integral a la Niñez en la Comunidad
<b>AED</b>	Academia de Educación para el Desarrollo
<b>AM</b>	Albergue Materno
<b>AMEU</b>	Aspiración Manual Endouterina
<b>APLAFA</b>	Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia
<b>BCC</b>	Behavior Change Communication (Comunicación de Cambios de Comportamiento)
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>CAM</b>	Casa de Acudientes para Maternidad
<b>CCPPT</b>	Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado
<b>CONE</b>	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
<b>CPN</b>	Control Prenatal
<b>CPP</b>	Cartera de Prestaciones Priorizada
<b>DASI</b>	Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas
<b>DIGESA</b>	Dirección General de Salud
<b>DIPLAN</b>	Dirección de Planificación
<b>DIPROM</b>	Dirección de Promoción de la Salud
<b>DPSS</b>	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
<b>DRSS</b>	Dirección Regional de Servicios de Salud
<b>EBS</b>	Equipo Básico de Salud
<b>ECS</b>	Equipo Comunitario de Salud
<b>ECC</b>	Estrategia de Cambio de Comportamiento
<b>EEC</b>	Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud y Nutrición
<b>EFC</b>	Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud
<b>EGS</b>	Equipo de Gestión en Salud
<b>ENASSER</b>	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>FCI</b>	Family Care International
<b>JAAR</b>	Juntas de Acueductos Rurales
<b>MEF</b>	Mujeres en Edad Fértil
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud (Panamá)
<b>MSH</b>	Management Sciences for Health
<b>NV</b>	Nacidos vivos
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>PF</b>	Planificación Familiar
<b>PRMM</b>	Programa de Reducción de la Mortalidad Materna (Comarca Ngäbe Buglé)

<b>PSPV</b>	Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables
<b>PSSR</b>	Programa de Salud Sexual y Reproductiva
<b>SAFCI</b>	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
<b>SAIM</b>	Salud Integral de la Mujer
<b>SM</b>	Salud Mesoamérica 2015
<b>SMI</b>	Salud Materna e Infantil
<b>SSSR</b>	Salud Sexual y Salud Reproductiva
<b>TGF</b>	Tasa Global de Fecundidad
<b>UBA</b>	Unidad Básica de Atención
<b>UGSAF</b>	Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera

## Glosario

---

**Actitudes:** Predisposiciones de un individuo hacia un objeto, tema, persona o grupos, que influyen en que su respuesta sea positiva o negativa, favorable o desfavorable, etc.

**Abogacía/Advocacy<sup>1</sup>:** Una serie de actividades que se emprenden con el fin de cambiar políticas y valores, prácticas y conductas, aumentar las destrezas y fomentar la organización en mano de individuos, comunidades y organizaciones interesadas en convertirse en agentes de cambio y en fortalecer su influencia en gobiernos, decisores e instituciones locales, municipales y nacionales.

**Afiche Comunitario de Plan de Parto:** Material impreso que registra de manera visible información sobre las señales de peligro del embarazo, parto y puerperio, y los medios de transporte y que sirve como recordatorio y de convenio entre la comunidad y las instalaciones de salud.

**Albergue Materno:** Hospedaje para la mujer embarazada y su acompañante cerca de una instalación de salud con capacidad de atención de parto, idealmente con CONE completo o en su defecto CONE Básico con capacidad de comunicación y traslado. Ambos pueden quedarse en el albergue hasta por dos semanas antes del parto, reduciendo así la demora en su atención. La mujer puede quedarse en el albergue después del parto el tiempo considerado necesario por el personal médico de la instalación de salud adjunta.

**Audiencia:** Público que interactúa con un medio de comunicación, ya sea cine, televisión, radio, etc., el cual es, a su vez, constructor de las diferentes tipologías de audiencias que dependen de ciertas variables tanto sociológicas como psicológicas del individuo "participativo" de dicha audiencia: edad, sexo, nivel socioeconómico, hábitos individuales, horarios, aficiones, signos de identidad, rol social, etc.

**Casa de Acudientes para Maternidad (CAM):** Es también un hospedaje para la mujer embarazada y su acompañante o madres que necesitan lugares donde quedarse, cumpliendo funciones similares al Albergue Materno. Son ofrecidos por las familias de Guna Yala y están organizados por grupos de mujeres. Su origen se ubica en la tradición local de ofrecer albergue a personas que necesitan permanecer en una isla por la noche para acudir al Congreso Local.

**Comarca:** Territorio constituido de forma legal con forma de autogobierno reconocida por el gobierno panameño. La comarca es el área geográfica donde los pueblos indígenas en Panamá conviven con su forma de vida propia y su participación política en las esferas del Estado panameño.

**Cambio de comportamiento en salud:** La adopción y mantenimiento de nuevas actitudes y habilidades que den acceso a servicios y productos que ayuden a disminuir los niveles de riesgo en torno a los problemas de salud (*tomado de BCC for HIV/AIDS, FHI*).

**Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado (CCPPT):** Conjunto de personas de la comunidad que estarán a cargo de apoyar la implementación y asegurar el funcionamiento del Plan de Parto. Dentro de sus responsabilidades está la organización del equipo de traslado, recepción y ejecución de los fondos, realizar actividades de promoción y prevención relacionadas al Plan de Parto. Estas personas son nombradas por las Autoridades Locales de las comunidades y podría ser el mismo Comité de Salud si está funcionando bien y así lo desea la comunidad. .

---

<sup>1</sup> Karen Sirker (ed.), Incidencia Política, Comunicación y Formación de Coaliciones Ciudadanas, CEBEM, Curso de empoderamiento comunitario e inclusión social (29 de octubre- 26 de noviembre de 2002): 2.

**CONE:** Estrategia operativa que ha demostrado su efectividad para reducir la mortalidad materna y de los recién nacidos. El CONE integra una red de servicios de salud con capacidad para la atención de las mujeres en estado grávido o puerperal y de los recién nacidos, se articula por medio de un sistema de referencia y respuesta, que empieza desde la comunidad y está inmersa en el sistema de conducción y gestión local en salud, aumentando con ello la disponibilidad y el acceso a servicios y cuidados obstétricos y neonatales, especialmente para la población de las comarcas indígenas y de las áreas rurales dispersas.

**CONE Ambulatorio:** Es una modalidad de la estrategia CONE que se ofrece tanto en la comunidad como en las instalaciones de salud y que prioriza promoción y prevención de la salud materna neonatal. Busca que las personas, la familia, la comunidad así como las instancias institucionales participen en la prevención de la salud de la mujer embarazada desde la etapa pre-concepcional hasta el recién nacido. El CONE Ambulatorio incluye el Plan de Parto, la ECC, los AM y las Giras Itinerantes. En las instalaciones de salud y las Giras Itinerantes incluye también la atención en salud, en particular el control prenatal y el control postparto.

**CONE Básico:** Éste incluye, además de todos los componentes del CONE Ambulatorio otros que son: la atención al parto no-complicado por personal calificado las 24 horas, los 7 días de la semana; referencia y traslado al CONE Completo (vea definición abajo); atención inicial de las complicaciones del embarazo, parto, postparto y del recién nacido; y cuidados obstétricos claves para la reducción de la mortalidad materna que incluye: aplicación inicial y delimitada de antibióticos y anticonvulsivantes parenterales (sulfato de Magnesio), extracción manual de placenta, extracción de restos retenidos (AMEU/LUI) y reanimación neonatal inicial.

**CONE Completo:** Instalaciones de salud que brindan, además de las funciones de los CONE Básicos, la resolución de complicaciones que requieren cirugía obstétrica y disponen de sangre segura. Se dividen entre los que disponen y los que no disponen de Cuidados intensivos.

**Diálogo Intercultural:** Proceso social que comprende espacios de encuentro para un intercambio o interacción abierta y respetuosa entre personas, grupos y organizaciones con diferentes orígenes culturales o visiones del mundo. Entre sus objetivos se encuentran: desarrollar una comprensión más profunda de las diversas perspectivas y prácticas; aumentar la participación y la libertad y la capacidad de tomar decisiones; fomentar la igualdad; y mejorar los procesos creativos.

**Equipo Básico de Salud:** Recurso humano nuclear a tiempo completo y dedicación exclusiva que el MINSA destina para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Está formado por un mínimo de cinco miembros: médico general, enfermera, un auxiliar o técnica en enfermería, un técnico en ciencias de la salud (salud ambiental, educación para la salud) y un chofer. Los EBS pueden ser institucionales o extrainstitucionales; es decir contratados directamente por el MINSA o a través de Organizaciones Extra-institucionales, respectivamente. Los EBS están adscritos a UBA que pueden ser de la Red Itinerante o de la Red Fija.

**Equipo Comunitario de Salud:** Miembros de la comunidad capacitados por el MINSA para apoyar la provisión de la CPP y brindar seguimiento a las intervenciones en salud realizadas en la comunidad. Está integrado por promotores de salud, parteras comunitarias, monitoras, auditores sociales y otros actores como líderes de los Comités de Salud y líderes de las JAR.

**Equipo de Gestión en Salud:** Unidad de apoyo para la gestión, monitoreo y evaluación de la Cartera de Prestaciones Priorizadas de las UBA, conformado por un Coordinador de Proyecto, un Coordinador de Salud, un Experto en Registros y Estadísticas de salud y un Captador de datos.



**Estrategia:** Conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin o misión. Proviene del término griego stratos («ejército») y agein («conducir, guiar»).

**Información:** Conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

**Medio de comunicación:** Instrumento o forma de contenido por el cual se realiza el proceso comunicacional o comunicación.

**Mensaje:** Objeto de la comunicación. Información que el emisor envía al receptor a través de un canal de comunicación o medio de comunicación determinado (como el habla o la escritura, por ejemplo). Es una parte fundamental en el proceso del intercambio de información.

**Mercadeo Social:** Aplicación de las técnicas del marketing comercial para el análisis, planteamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de la audiencia objetivo en orden a mejorar su bienestar personal y el de su sociedad.

**Motivación:** «La raíz dinámica del comportamiento...los factores o determinantes internos que incitan a una acción» (Pinillos 1977). La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta (Woolfolk 2006).

**Opinión:** Grado de posesión de la verdad respecto de un conocimiento que se afirma como verdadero sin tener garantía de su validez.

**Percepción:** Capacidad de recibir, a través de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. Es además un proceso mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos para darle un significado a algo. En psicología, la percepción consiste en una función que posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos. La percepción es, en definitiva, la forma en que las personas entienden o comprenden la realidad.

**Plan Comunitario de Traslado de la Mujer Embarazada y de Recién Nacidos:** Este documento realizado por el personal de salud en colaboración con el CCPPT, detalla información sobre las instalaciones de salud a las que se trasladarán las mujeres y/o recién nacido y el medio de transporte a utilizar, para los controles pre natales, partos, controles post-parto y posibles emergencias obstétricas y neo-natales.

**Práctica:** Acción desarrollada mediante la aplicación de ciertos conocimientos. También puede entenderse como el uso continuo que se hace de una cosa.

**Promoción en salud:** Consiste en proveer a las personas de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano.

**Unidad Básica de Atención:** Unidad compuesta por los distintos tipos de proveedores de servicios de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura que el MINSA conforma para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas. Una UBA puede estar constituida por: Equipos Itinerantes (institucionales o extra-institucionales); instalaciones de salud fijas (centros de salud, sub-centros de salud y puestos de salud); o una combinación de los dos (2) anteriores. El recurso humano de una UBA está conformado por el Equipo de Gestión, el EBS y el ECS que trabajan coordinadamente para el logro de los objetivos y alcance de las metas.

# Resumen Ejecutivo

---

## Introducción

El objetivo final de las acciones de salud es la reducción de la mortalidad materno-infantil en las comarcas indígenas por medio de la atención a las mujeres en el continuo de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) de Panamá, reforzada mediante la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud en cada una de las etapas del continuo de la atención. Cada una de estas etapas incluye intervenciones pre-concepcionales (planificación familiar), cuidados prenatales, partos seguros, cuidados puerperales, y tratamiento oportuno de calidad de las complicaciones obstétricas y neonatales.

Para alcanzar este objetivo es necesaria una demanda consciente de los servicios de salud por parte de la población y superar algunas barreras existentes en la actualidad que dificultan en algunos casos el acceso a los mismos. Una herramienta fundamental para ampliar esa demanda consciente de los servicios de salud es la implementación de una estrategia de cambio de comportamiento que promueva la adopción de prácticas mejoradas de salud que y cree conciencia en la población sobre la capacidad de dichos servicios para dar respuesta a su interés en vivir embarazos y partos más seguros. En este sentido, la presente estrategia de cambio de comportamiento se formula en función de la estrategia de CONE y su implementación está también unida a la misma.

La Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud propuesta transferirá a las mujeres en edad fértil y a sus parejas, a los actores de sus redes sociales y a los proveedores de salud, una serie de conocimientos que buscare de animarles a demandar los servicios de salud en las etapas de la preconcepción, embarazo, parto, y puerperio y a solicitar una orientación en anticoncepción y planificación familiar. Esta transferencia será a través de tres sub-estrategias principales: 1) uso integrado de los medios de comunicación -masiva e interpersonal- por unos proveedores de salud capacitados y reforzados con materiales educativos producidos con enfoque de interculturalidad., en acciones encaminadas a convencer a las audiencias primarias de las ventajas de adoptar las prácticas que se les proponen: 2) la organización de la comunidad y de los actores de las redes sociales para apoyar a las audiencias primarias en la adopción de las prácticas propuestas: y 3) la entrega de una atención de calidad por parte del personal de salud capacitado y motivado, actuando con una nueva actitud y voluntad en el marco del diálogo intercultural y el respeto a los intereses particulares de las poblaciones indígenas, lo que implicará facilitar un papel más importante de los actores de las redes sociales en la atención de salud desde las consultas y controles prenatales hasta el acompañamiento en el parto y el puerperio.

## Propósito

El propósito de la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud es contribuir a reducir la mortalidad materna-infantil por razones relacionadas por inadecuada o ninguna atención del embarazo, parto y puerperio, a través de:

- a) despertar en las mujeres en edad fértil y en aquellas personas que influyen sus decisiones, la intención por buscar la atención en los servicios de salud para atender su embarazo, parto y puerperio,
- b) promover la organización de la comunidad para apoyar la decisión de la mujer embarazada y su

familia de buscar atención en los servicios de salud para su embarazo, parto y puerperio.

- c) promover cambios en los proveedores de los servicios de salud para lograr que la atención que reciba la mujer en su embarazo, parto y puerperio responda a sus expectativas y resulte en una experiencia exitosa para ella.

Para lo anterior, se transmitirán a las mujeres en edad fértil, y a los actores de sus redes sociales, los conocimientos que les hagan saber cuándo es imprescindible que busquen atención inmediata en los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio, de manera que se eviten las demoras en la búsqueda de esa atención, que hoy son causa de muchas de las muertes de madres y recién nacidos, y que les motiven a buscar esa atención. Esta búsqueda de atención se sustentará también en la formación de una percepción positiva de la atención que se brinda en los servicios de salud y abarcará también la búsqueda de orientación y medios para controlar conscientemente su fertilidad.

El motivador principal de esta búsqueda de atención será el conocimiento de los signos de peligro para la madre y el recién nacido durante esas etapas, y la percepción positiva de que en los servicios de salud se recibirá una atención de calidad. Se trata fundamentalmente de que las mujeres en edad fértil, apoyadas por los/as miembros de sus redes sociales y por una comunidad organizada, busquen los servicios de salud como primera opción para ser atendidas en sus embarazos y partos, y en lo referente a sus necesidades de anticoncepción.

Para que esta motivación pueda ser llevada a la práctica, se promoverá el apoyo de la comunidad organizada para que la mujer pueda acceder a los servicios de salud en busca de atención.

Una vez logrado este objetivo, las mujeres podrán recibir en los servicios de salud una atención con calidad y las orientaciones precisas sobre aquellas prácticas específicas necesarias para manejar los demás aspectos de su salud. Para brindar esas orientaciones se proponen una serie de herramientas educativas para uso de los proveedores de salud, las que una vez explicadas a las usuarias de los servicios les serán entregadas a las mismas para que las compartan con sus parejas, sus familias o los miembros cercanos de sus redes sociales.

## **Proceso de formulación**

La propuesta de Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud para el incremento de la demanda de los servicios de salud se basa en los resultados de un diagnóstico documental y una investigación de campo sobre los factores que intervienen en dicha demanda<sup>2</sup>. Entre estos resultados se encuentran los relativos a los conocimientos y la percepción que tiene la población de las comarcas indígenas sobre los servicios de salud y las razones (síntomas y/o signos) para usarlos, así como las prácticas actuales ante un problema de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio o la intención de usar un método de planificación familiar.

El análisis de los conocimientos, percepciones o actitudes y prácticas actuales en relación al objetivo de incrementar la demanda puntual y oportuna de los servicios de salud, ha permitido la identificación de las prácticas que deberían promoverse para incrementar la demanda.

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud de Panamá, Salud Mesoamérica 2015 (2013): "Producto intermedio P3-07 1-2-3: Diagnóstico Participativo; Análisis de las percepciones de actitudes, Prácticas y conocimientos; Identificación de modificaciones a las Prácticas". (Inédito, documento en revisión).

El modelo de Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud que se propone sigue las etapas de la atención materno infantil en el marco del CONE, para cada una de las cuáles se identifican los actores/audiencias, los objetivos de conocimiento y comportamiento que se les propondrán, los mensajes generales que transmitir para cambiar los conocimientos que lleven a la motivación y adopción de las Prácticas propuestas, y los medios y canales de comunicación necesarios para ello y cómo éstos interactuarán para transferir las nuevas Prácticas mejoradas de salud.

### **Planteamiento general**

La estrategia se basa en **las etapas del modelo de cambio de comportamiento** (MSH 2014) en el que la conciencia, el conocimiento y la experiencia sobre un tema de salud, y la capacidad de respuesta de los servicios de salud al mismo conducen a incentivar la intención de hacer uso de éstos, y a adoptar la práctica mejorada que se promueve. Dependiendo de la respuesta satisfactoria que se obtenga de la aplicación de esa práctica, ésta podría adoptarse definitivamente. Se incorpora también el papel importante que juegan los pares y las redes sociales en garantizar y reforzar las percepciones positivas o negativas que inducen a las actitudes y al comportamiento o práctica que se quiere promover.

Las características socioculturales de las comarcas indican que la columna vertebral de una estrategia de cambio y adopción sostenible de comportamientos/prácticas de salud debe ser la orientación y consejería presencial, reforzada con materiales de comunicación educativa que puedan ser usados como herramientas de orientación y entregados posteriormente a la población objetivo, apoyada por una comunidad organizada que ayude a superar las barreras para adoptar las prácticas que se proponen y confirmada por una atención de calidad por parte de los servicios de salud.

La estrategia se compone de una serie de fases que actúan de manera paralela. La primera de ellas está enfocada a **canalizar a la población objetivo hacia los servicios de salud** donde, en el marco de la atención de la estrategia CONE, recibirán orientación y consejería, la columna vertebral de la comunicación para el cambio de comportamiento. Esta primera etapa abarcará a todas las audiencias de manera que las audiencias secundarias inciten a las mujeres en edad fértil a hacer uso de los servicios de salud en busca de atención, y como prioridad para atender sus partos. Su objetivo será aumentar la demanda de los servicios de salud en relación a la atención de embarazos (prenatal), partos institucionales, puerperio y planificación familiar. En esta primera fase se construirán las bases para la participación efectiva de las comunidades con la participación e implicación activa de sus autoridades y organizaciones de base para asegurar que la demanda se canalice a los servicios de salud de manera oportuna y eficiente.

La segunda fase tiene por objetivo que las mujeres que acuden a los servicios de salud reciban una atención de calidad y sientan que su decisión fue acertada. Una estrategia aplicada en los servicios de salud **proporcionará a los proveedores las capacidades, competencias y herramientas educativas** para ofrecer sus servicios con una atención de calidad, y la orientación sobre las Prácticas mejoradas de salud concretas que cada mujer necesitará para asegurar un embarazo y parto seguros. De este modo se contribuirá a que las mujeres que utilicen los servicios de salud reciban una atención satisfactoria y una orientación sobre los temas de la atención materno-infantil, convirtiéndoles en promotoras de los servicios entre sus pares y minimizando o desapareciendo en consecuencia los prejuicios existentes sobre las debilidades de los servicios de salud. Es en esta fase que se utilizarán herramientas educativas para ofrecer la orientación necesaria.

La tercera fase busca asegurar que las mujeres que hayan hecho uso de los servicios de salud apliquen las recomendaciones y mantengan su práctica de asistir a los controles, monitorear las variables de su plan de parto y seguir toda la orientación recibida. Esta fase depende de la acción directa de los asistentes y promotores de salud, así como de los voluntarios comunitarios.

Finalmente, en una cuarta fase, el grupo de mujeres que hayan vivido exitosamente las diferentes fases se convertirán en **multiplicadoras de sus experiencias y promotoras de los servicios de salud entre otros grupos de mujeres**, a través de sus testimonios en los medios de comunicación locales y las redes sociales de las comarcas, siempre con el aval de las autoridades comunales. Estas usuarias satisfechas se convertirán en multiplicadoras utilizando los materiales de comunicación sobre cada práctica e integrándose en las organizaciones comunales ya existentes y con el aval de las asambleas y autoridades comarcales. Desde esta plataforma darán a conocer la importancia de las Prácticas de salud mejoradas y los resultados que se obtienen con ellas. Como resultado de su promoción se espera que aumente el número de mujeres en edad fértil que responde a la estrategia y asiste a los servicios de salud hasta convertirse en promotoras.

El personal de los establecimientos de salud comarcales será responsable de hacer un seguimiento de la adopción, aplicación eficiente de las Prácticas promovidas, y alcance de los resultados de salud esperados. Todo ello constituye las actividades de monitoreo y evaluación de la estrategia que ayudarán a plantear modificaciones puntuales a la misma para aumentar su efectividad.

Las actividades de monitoreo y evaluación de la estrategia responderán a unos indicadores presentados en este documento de manera provisional que se irán adaptando con los promotores y las comunidades a lo largo de la aplicación de la estrategia, y conforme se vayan alcanzando los cambios esperados.

# I. Antecedentes e introducción

---

## Contexto General

En términos generales, la República de Panamá se caracteriza por una importante diversidad étnica. En lo relativo a la distribución étnica, el 68% de los panameños son mestizos, el 10% caucásicos, el 9,2% afrodescendiente y la población indígena representa el 12.3%<sup>3</sup>.

La pirámide poblacional en Panamá es de base ancha, es decir, la mayor población se concentra en las edades más jóvenes, elemento demográfico que caracteriza a la mayoría de países de América Latina y el Caribe. Según el Censo de Población y Vivienda de 2010, los adolescentes entre 15 y 19 años alcanzan el 9%, los y las jóvenes de 20 a 24 años representan el 8%. El grupo de edad con mayor porcentaje poblacional es el de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que llega hasta un 52% (ENVI, 2010). La TGF global es de 2.3 y la TGF indígena es de 5.0<sup>4</sup>.

## Oferta

Teniendo en cuenta los datos generales y el contexto panameño, desde 1995, el Ministerio de Salud viene ejecutando una Estrategia de Extensión de Cobertura que se ha trasladado recientemente a la red fija mediante la “Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud”, con el propósito de incrementar el acceso, uso y calidad de los servicios de salud en las comarcas indígenas. Tomando como base esta experiencia acumulada, a partir del 2013 se inicia la implementación de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud en determinadas instalaciones de salud centrales a las cuales puede llegar la población de un área geográfica específica.

Ambas estrategias se desarrollan bajo un modelo de gestión por resultados, financiamiento capitado<sup>5</sup>, atención nominalizada y están unificadas bajo el concepto de Unidad Básica de Atención (UBA), equipo de profesionales de salud extra-institucional o institucional. En este contexto, a comienzos de 2013, el Ministerio de Salud retomó el enfoque de CONE para la atención de la mujer y del recién nacido, abriendo paso a un ciclo de capacitaciones del personal de salud de las regiones, y la mejora de la calidad de la atención materna neo-natal.

En la actualidad, el MINSA incluye actividades de SSR dentro de la cartera priorizada de servicios. En ésta, están incluidos los servicios de promoción, prevención y atención, cada uno de los cuáles están segmentados en diferentes actividades del área de la SSR. Por su parte, el servicio de promoción incluye actividades para los controles prenatales y postnatales; el servicio de prevención dispone de actividades tales como el control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada, y referencia para la atención institucional del parto, control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control postnatal, entre otros; el servicio de prevención también incluye

---

3 En la población indígena (Guna Yala, Emberá Wounnan, Ngäbe Buglé) el porcentaje mayor lo tiene la Ngäbe Buglé que representa el 70% de todo el conglomerado poblacional indígena.

4 En la Ngäbe Buglé es 5.0 y en la Emberá Wounaan es de 4.5 (ENASSER 2009).

5 La cápita es el estimado del monto promedio necesario para cubrir los costos que aseguren el acceso a la Cartera de Prestaciones para cada individuo de la población beneficiaria de la región de salud correspondiente durante un año.

actividades de PF y salud reproductiva como por ejemplo, promoción y difusión de los programas y actividades en SSSR, información y educación individual y grupal, consejería, selección, prescripción y aplicación del método según disponibilidad, etc.

En cada Dirección Regional de Salud existe un coordinador regional de SSSR encargado de supervisar y monitorear todas las actividades sobre el tema (MINSA, 2012).

Al mismo tiempo, Panamá cuenta con la Norma Nacional de la Salud Integral de la Mujer (SAIM, 2007) que permite desarrollar un programa de salud integral que garantiza los derechos de los y las usuarios/as para recibir servicios de calidad en Salud Reproductiva. Esta norma se encuentra actualmente en proceso de actualización (MSH/FCI, 2013).

A pesar de las disposiciones de normas y programas que tiene el MINSA, Panamá sigue reflejando datos elevados de mortalidad materna para las zonas indígenas y la demanda de estos servicios de salud sigue siendo baja en las comarcas indígenas.

## **Demanda**

Según los datos de las dos últimas décadas obtenidos a nivel nacional y por comarcas, la razón de mortalidad materna se ha incrementado de 53.4 a 64.9 muertes por cada cien mil nacimientos vivos, de 1990 a 2012, lo que no permitirá cumplir para el 2015, con el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de 13.4 muertes por cien mil nacimientos vivos (MINSA, 2013).

Si bien se ha registrado un aumento importante en el acceso a los controles prenatales, éste no es suficiente para la reducción de la mortalidad materna. En el año 2009, las consultas prenatales a nivel nacional registraron un 90% de cobertura. El promedio en la Comarca indígena Ngäbe Bugle fue de 78% (APLAFA 2011). Para las comarcas indígenas de Guna Yala y Emberá Wounaan, el 86.1% acudió al menos a una visita de control prenatal, y el mayor porcentaje de mujeres que asisten a su primer control prenatal lo hace en el primer trimestre (61.8% de las encuestadas) (SM 2015, 2014).

En relación a las etapas de parto y postparto, el 88.3% de los nacimientos en Panamá se presentan en establecimientos de salud (85.2% en el sector público y 2.9% en el privado). El 11.3% de los partos ocurren en casa de la mujer. Este tipo de parto es más frecuente en las áreas indígenas (55.2%), que en las rurales y urbanas (15.5% y 0.8%, respectivamente)<sup>6</sup>. Otros indicadores de SSSR indican que existe una diferencia importante entre las zonas urbanas y las comarcas indígenas, con datos desfavorables en éstas últimas. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que recibieron asistencia profesional durante el embarazo fue de 95.9% a nivel nacional y 76% en las comarcas de Ngäbe-Buglé. (ENASSER, 2009). El porcentaje de mujeres de las comarcas Emberá Wounaan y Guna Yala que acuden al menos a una visita a la instalación de salud con un médico o enfermera durante el embarazo es del 79.6%, y las mujeres que acudieron a cuatro visitas durante su embarazo fue de 40.1%. (SM2015, 2014)

La asistencia de partos en una instalación de salud sigue siendo baja en las áreas indígenas, a pesar que en las Comarcas Emberá Wounaan y Guna Yala según el estudio de SM2015 – línea de base, se

---

<sup>6</sup> Las Comarcas Emberá Wounaan y Ngäbe Buglé son las que tienen los indicadores más alto de parto domiciliario (60.9% y 56.0%, respectivamente) (ENASSER 2009)

registra un mayor porcentaje de asistencia en parto por un médico (64.1%) entre las mujeres que tuvieron CPN, en tanto el parto domiciliario y/o asistido por una partera (42.7%) es utilizado por muchas mujeres (SM2015, 2014).

Respecto a la Planificación Familiar el mayor porcentaje de demanda insatisfecha se concentra en las comarcas indígenas, concretamente la demanda insatisfecha se observa entre las mujeres de Ngäbe Buglé (75.2%) frente al 27.4% de la población nacional según la ENASSER. Las comarcas Emberá Wounaan y Guna Yala también registran un porcentaje elevado de demanda insatisfecha en PF. Según la Encuesta de SM2015 de 2014, el 97% de las mujeres que necesitaban PF, mostraban demanda insatisfecha tras solicitar un método anticonceptivo y no obtenerlo por ausencia de métodos. Según esta encuesta el conocimiento que tienen las mujeres sobre métodos anticonceptivos modernos es alta, especialmente de las inyecciones (85%), las píldoras (62%) y condones masculinos (37%). Las razones por las cuales no quieren utilizar métodos anticonceptivos modernos es por su estado civil, las casadas (18%) o solteras (22%) no usan los métodos porque no lo creen necesario. El desconocimiento (16%) y la oposición a su uso (18%) son también razones para no usar los métodos de planificación familiar.

En este contexto el MINSA tiene previsto llevar adelante una Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud para CONE y PF que contribuya al incremento del uso de los servicios de salud materno-infantil y, en definitiva, a la disminución de la mortalidad materna neonatal en las Comarcas Indígenas de Panamá.

El presente documento constituye el marco orientador general para el trabajo de cambio de comportamientos y adopción de prácticas en salud, orientado a mujeres en edad fértil de las Comarcas Indígenas y a toda su red social, que deberá ser adaptado al nivel local en el momento de su implementación.

## **II. Marco Conceptual**

---



La Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud tiene como objetivo general incrementar la demanda de la población de las comarcas indígenas por los servicios de salud materno-infantil, en el marco de la atención en CONE.

La atención de CONE se ofrece en el marco del continuo de la atención materno-neonatal, que se divide en las etapas de preconcepción (comprende lo antenatal e internatal), embarazo, parto y puerperio. La Planificación Familiar dentro de este continuo constituye un eje transversal que comienza en el inicio de la edad fértil de la mujer. Estos elementos constituyen los pilares de la maternidad segura.

Los conceptos de cambio de comportamientos en salud han sido planteados por diversos autores, entre ellos:

- Rosenstock, 1974, 1977 (Modelo de Creencias de Salud),
- Fishbein & Ajzen, 1975, 1980 (Teoría de la acción razonada),
- Bandura, 1977; Rotter, 1954 (Teoría del aprendizaje social),
- Prochaska 1979 (Modelo de Etapas de Cambio o Modelo Transteórico).

De ellos se han tomado las ideas fundamentales para proponer un modelo sencillo que permita la adquisición o cambio de comportamientos en salud, basado a su vez en los factores principales que intervienen en la demanda de los individuos de los servicios de salud materno neonatales. La formulación y desarrollo de esta estrategia sigue los pasos metodológicos del mercadeo social, alguno de los cuales, como el correspondiente al diagnóstico, han sido ya realizados y sus resultados se presentan en este documento.

La Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud propuesta se basa en los siguientes marcos conceptuales:

### **A. Los cuatro pilares de la maternidad segura y el continuo de la atención materno-neonatal**

En su enfoque sistémico para el tratamiento de los temas de CONE en el marco de la salud materno-infantil, MSH asume los cuatro pilares de la maternidad segura: la planificación familiar, la atención prenatal, la atención de parto limpio y seguro y los cuidados obstétricos<sup>7</sup> (Colindres 2013). Sobre estos cuatro pilares se sostienen los procesos de atención materno-neonatal en el continuo de la atención. Estos procesos que se pretende atender de manera sistémica son: etapa preconcepcional, etapa de atención prenatal, atención del parto y atención del puerperio. En este continuo de la atención, hay que incorporar la orientación oportuna sobre planificación familiar como un eje transversal.

La investigación realizada para formular esta estrategia de cambio de comportamientos buscó los conocimientos, actitudes y prácticas actuales de la población beneficiaria de los servicios de salud en cada uno de los procesos del continuo de la atención materna neonatal. Por su parte, las propuestas de prácticas de la estrategia de cambio de comportamiento se enfocan en la participación activa y consciente de las mujeres en cada uno de estos procesos, y en la necesaria respuesta positiva por parte de la oferta de los servicios de salud.

---

7 [www.SafeMotherHood.Org](http://www.SafeMotherHood.Org)

## **B. El modelo de incorporación o cambio de comportamientos en salud**

Son muchos los modelos teóricos de cambio de comportamiento que se pueden aplicar. Para esta estrategia se han elegido aquéllos que aportan ciertos elementos prácticos sensibles de ser integrados en un modelo más completo.

- En el **Plan de Implementación de SM 2015 del BID/Panamá**, se propone la Teoría del Cambio de Pelletier et al. en la que se identifican las necesidades de los actores involucrados en una intervención en salud en cinco elementos: a) conciencia, b) conocimiento, información, capacidades y habilidades, c) intención, compromiso, motivación y confianza, d) recursos, y e) apoyo de otros. La estrategia de cambio de comportamiento propondrá acciones que incidan en estos niveles, tanto en la oferta como en la demanda, para llevar a cambios de Prácticas concretas respecto al uso de los servicios de salud materna neonatal.
- **El modelo de Creencias de Salud** (Rosenstock, 1974, 1977). Este modelo se encuentra estrechamente identificado con el campo de la educación en salud. Sostiene que el comportamiento de salud es una función tanto del conocimiento como de las actitudes. El modelo parte de la premisa de que la adopción de una práctica de salud nace de una intención o actitud, la que a su vez es consecuencia de un conocimiento o percepción sobre el asunto a que esa práctica o comportamiento se refiere (este modelo aporta el concepto de actitudes).
- **La teoría de la acción razonada** (Fishbein & Ajzen, 1975, 1980), se basa en que el comportamiento individual está influido por las creencias normativas que las personas puedan albergar, esto es, lo que el individuo piensa que las personas de su red social piensan y harían en una situación similar en particular, personas influyentes, por ejemplo sus pares (este modelo incorpora el elemento de las redes sociales).
- **La teoría del aprendizaje social** (Bandura, 1977; Rotter, 1954). Esta teoría señala que las personas aprenden no solamente mediante su propia experiencia, sino además, observando las acciones de otros y los resultados de dichas acciones (este modelo aporta el concepto de que los primeros convencidos de una práctica pueden convertirse en multiplicadores de la misma y ejemplo para los demás).

Así, el modelo integrado propuesto considera el comportamiento de salud como el resultado de intenciones conscientes, y la formación de estas intenciones como el resultado del efecto de creencias y actitudes (Armitage & Conner, 2001; Fishbein & Ajzen, 1975). Este modelo describe las siguientes etapas necesarias para la adopción sostenible de un determinado comportamiento:

### **Primera etapa**

En esta etapa los individuos adquieren los conocimientos para la formación de sus percepciones sobre un tema determinado (Rosenstock, 1974, 1977). Este conocimiento y percepción pueden ser fruto de la información recibida de diferentes fuentes, tales como los medios de comunicación y los actores de las redes sociales del individuo. Un factor fundamental en la formación de estas percepciones son las experiencias propias o ajenas sobre el tema (Bandura, 1977; Rotter, 1954).

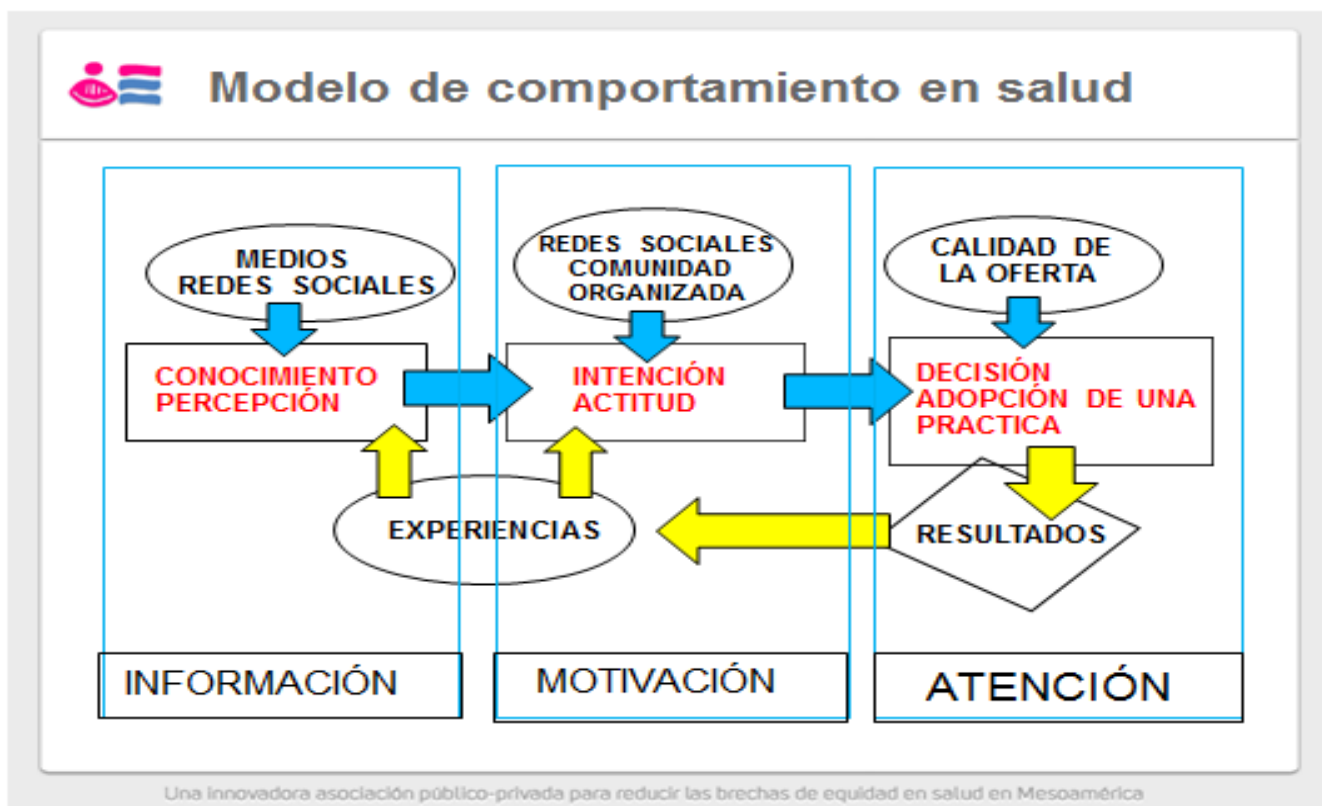
### **Segunda etapa**

En esta etapa los individuos forman sus actitudes y motivaciones para actuar de acuerdo a la información recibida. En esta etapa el apoyo social de los actores de las redes sociales del individuo es fundamental para la consolidación de la motivación y la actitud, y para que ello desemboque en una acción (Fishbein & Ajzen, 1975, 1980). En el caso de comportamientos de salud en las comunidades, es fundamental la organización social que puede apoyar al individuo a acceder a los servicios de salud. Este es el caso de las mujeres embarazadas que deben asistir a un número de controles, venciendo las barreras económicas, culturales, de tiempo y distancias, o las mujeres embarazadas con señales de alarma o en proceso de parto que deben reducir lo más posible las demoras para recibir atención en los servicios de salud.

### Tercera etapa

Esta etapa, consecuencia de las anteriores, conlleva la decisión de adoptar un comportamiento o una práctica determinada. En ella, es fundamental que el individuo reciba una respuesta de calidad a su comportamiento para que su experiencia sea positiva, pues su decisión de retornar y continuar la experiencia dependerá de la atención obtenida al inicio (“alimentar su experiencia”).

**Figura 1: Modelo de comportamiento en salud**



Fuente: elaboración propia a partir de modelos expuestos

Estas tres etapas actúan en una estrategia de cambio y adopción de prácticas en salud mediante:

- **La información.** Con la información el individuo forma sus **percepciones** y genera su **conocimiento** sobre un tema. La información puede venir de los medios de comunicación, de las redes sociales, y de la experiencia propia y/o ajena. La información y la experiencia aportan los

elementos necesarios para la formación de una percepción<sup>8</sup> (la forma en que un individuo entiende o comprende una cosa) que, en base a la credibilidad de la fuente de información, genera el conocimiento. En el caso de la presente estrategia se transmitirán los conocimientos sobre señales de peligro y otros que despierten en las audiencias el interés por demandar de manera oportuna la atención de los servicios de salud.

- **La motivación**, que refuerza las actitudes y la intención de decidir probar la práctica propuesta. Esto puede ser resultado de la influencia de las redes sociales y del apoyo que el individuo recibe como una oferta puntual de su entorno, y una comunidad que organizada, le facilita los recursos para llevar a cabo su acción. En este caso, la actitud se define como la organización durable de procesos emocionales, conceptuales y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo<sup>9</sup>. Mientras la información genera conocimiento e influye en las creencias y opiniones sobre un objeto; la actitud contiene, además del conocimiento, dos componentes, uno afectivo que actúa sobre la motivación, y otro conductual que induce a la acción o la práctica<sup>10</sup>. Estos son los componentes que propone el Modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, tomado en cuenta para la construcción del modelo aquí propuesto<sup>11</sup>. En el caso de la presente estrategia, se busca que la comunidad organizada y las autoridades comunales apoyen la intención de las usuarias de buscar la atención en los servicios de salud y faciliten el acceso a los mismos eliminando algunas de las barreras existentes.
- **La atención de calidad en los servicios de salud**, es lo que convierte en rentable la decisión de actuar, y convierte la actuación en una experiencia positiva por los resultados obtenidos. A partir de este momento se espera tengan lugar las Prácticas deseadas, tanto por parte de la población objetivo, como por parte de los proveedores de salud. La práctica esperada de la población (mujeres en edad fértil, durante su embarazo, parto y puerperio; para buscar servicios de planificación familiar) es que asista a los servicios de salud ante la aparición de ciertas señales de alarma y para tener su parto; la práctica esperada en los proveedores de salud es que ofrezcan una atención de calidad que tome en cuenta los atributos de interculturalidad de cada una de las etapas. Esa atención de calidad será vista por la población como un resultado exitoso de su práctica, alimentando así positivamente su experiencia y reforzando su motivación para seguir aplicando esa práctica (seguir asistiendo a los servicios de salud). Una atención de calidad desarrollará en los/as usuarios/as de los servicios de salud una percepción positiva de los mismos, consiguiendo que transmitan esa información positiva a los demás, influyendo así en el incremento de la demanda de dichos servicios. En el caso de esta estrategia, el trabajo con los proveedores de salud y su refuerzo con las herramientas educativas para hacer más eficiente su labor, ofrecerá una atención de mayor calidad, más consciente y respetuosa de las variables socioculturales de las usuarias, para hacer de la atención una experiencia exitosa para éstas.

## C. El modelo de mercadeo social para la implementación de la estrategia de cambio y adopción de prácticas en salud, y la producción de sus materiales

---

8 Percepción se define como: "La forma en que una persona entiende o comprende algo". <http://es.thefreedictionary.com/percepci%C3%B3n>

9 D. Krech y R.S. Crutchfield, en "Psicología de las Actitudes" de K.Young, J.C. Flügel y otros – Editorial Paidós – Buenos Aires 1967.

10 Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. México: Trillas

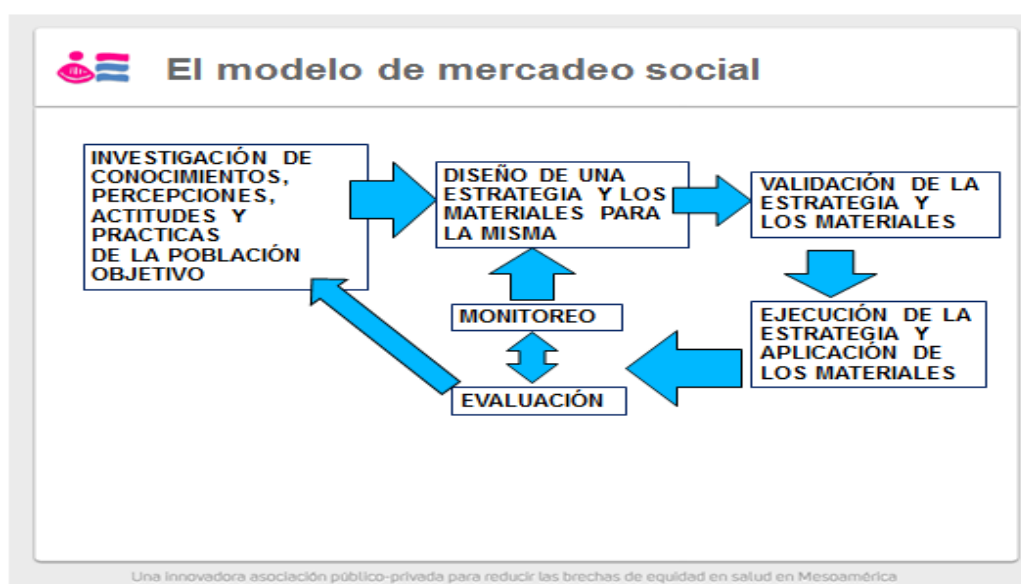
11 Fishbein y Ajzen. Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach (1980)

En términos generales, el desarrollo del diseño de la estrategia y de sus acciones de comunicación seguirán los pasos del modelo de Mercadeo Social, aplicado exitosamente por AED en proyectos internacionales de comunicación para el cambio de comportamientos en salud como HEALTHCOM I y II<sup>12</sup>, o AIDSCOM entre otros, implementados en América Latina, África y Asia.

En su libro *"Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment"*, Alan Andreasen define el Mercadeo Social como “la aplicación de las técnicas del marketing comercial para el análisis, planteamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de la audiencia objetivo en orden a mejorar su bienestar personal y el de su sociedad”.

La siguiente figura expone los pasos en el modelo más comúnmente aplicado de Mercadeo Social:

**Figura 2: El modelo del mercadeo social**



Fuente: Elaboración propia

El desarrollo e implementación de la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud seguirá estos cinco pasos del modelo del Mercadeo Social, a los que se añadirá la transferencia de las competencias al personal de salud que hará más sostenible su aplicación en el tiempo. Los cinco pasos del modelo son:

1. La investigación de los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas actuales de la población objetivo.
2. En base a los resultados de esta investigación, formulación de la estrategia que cambiará las prácticas actuales por las prácticas propuestas. En esta fase se diseñarán además los materiales y herramientas de comunicación educativa que promoverán esas prácticas, transmitiendo los conocimientos necesarios para ser aceptados por la población.

12 Proyectos HEALTHCOM I y II, financiados por USAID entre 1980 y 1993.

3. Validación de la estrategia y los materiales de comunicación educativa para asegurar su aceptación e impacto en la población a la que van destinados.
4. Implementación de la estrategia con las acciones de comunicación educativa planificadas haciendo uso de los materiales y las herramientas diseñados.
5. Monitoreo y Evaluación de la estrategia para ajustar los mensajes de acuerdo a su influencia en la población objetivo, y comprobar el impacto en el cambio o adopción de nuevas prácticas por la población objetivo respectivamente.

### **III. Objetivos de la estrategia**

---

## **Objetivo General:**

Contribuir en la reducción de la mortalidad materno-infantil en las Comarcas Indígenas y zonas rurales dispersas de Panamá, por medio de la promoción de la utilización de los servicios de salud materno neonatales por las mujeres en edad fértil, como primera opción para la atención oportuna de sus embarazos, partos (evitar la primera demora y preferir el parto institucional) y etapa de puerperio, y la recepción de una atención de calidad basada en el respeto y en el diálogo intercultural en dichos servicios.

## **Objetivos específicos:**

1. Aumentar el número de mujeres en edad fértil que ejercen sus derechos sobre su fertilidad, deciden libremente utilizar un método de planificación familiar, y acuden a los servicios de salud en busca de orientación y de métodos anticonceptivos modernos.
2. Aumentar el número de mujeres en edad fértil que conocen la importancia de preparar sus organismos para los embarazos, y que acuden a los servicios de salud con sus parejas para los controles prenatales, parto institucional y control puerperal.
3. Aumentar el número de mujeres en edad fértil, capaces de reconocer y valorar las señales de peligro en el embarazo, parto, y puerperio como en el neonato y, ante la presencia de cualquiera de ellas, asistir lo antes posible a los servicios de salud evitando cualquier demora.
4. Aumentar el número de mujeres embarazadas y sus parejas que elaboran el plan de parto y deciden tener el parto en una instalación de salud CONE Básico, previendo cómo evitar las demoras en la atención y cómo superar cualquier barrera que pudiera presentarse para que el parto sea atendido en una instalación adecuada de salud en su nivel resolutivo (CONE Básico).
5. Asegurar que los trabajadores de salud de las comarcas cuentan con las competencias, mensajes, materiales y tácticas de comunicación relacionadas con las prácticas específicas deseadas para comunicarlas a las mujeres, sus parejas, y otros actores claves de la comunidad.
6. Aumentar el número de mujeres embarazadas y parturientas que utilizan los AM o los CAMs y promueven las ventajas de usarlos para evitar las demoras en la atención institucional de los partos.
7. Brindar a los proveedores de salud las competencias y las herramientas para atender y orientar a las usuarias de los servicios sobre las prácticas adecuadas de salud, con respeto y en el marco de un efectivo diálogo intercultural.

La aplicación del modelo de mercadeo social convierte una estrategia en un elemento vivo y en constante evolución. Las prácticas y los mensajes pueden ser adaptados constantemente para facilitar su comprensión y adopción por parte de la población. Del mismo modo, la Estrategia se irá modificando de acuerdo a la información que se obtenga del monitoreo de su aplicación, y de acuerdo a su impacto, revelado por las evaluaciones.

## **IV. Principios Básicos de la Estrategia**

---

Los principios básicos de la presente estrategia de cambio y adopción de Prácticas en salud son:

### **A. Interculturalidad**

Entendida como un proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos de manera horizontal, favoreciendo la integración y convivencia entre culturas. Se basa en un respeto a la diversidad y en la búsqueda de un enriquecimiento mutuo entre las culturas en diálogo. De esta manera, la interacción entre dos culturas se da horizontal y sinérgicamente, facilitando la resolución de problemas y la identificación y logro de intereses comunes.

La ejecución de la estrategia se hará con un profundo respeto por las culturas locales. En virtud de esto, los materiales educativos u otros relacionados que se produzcan para la ejecución de la estrategia buscarán que los/las destinatarios se sientan identificados con las imágenes y contenidos que representen y reflejados en ellas.

### **B. Enfoque al comportamiento**

La estrategia se enfocará principalmente en la propuesta de comportamientos y prácticas además de la transmisión de conocimientos. Los enfoques tradicionales consultados de orientación sobre temas de salud tienden a promover más conocimientos que comportamientos y prácticas, y esto afecta la capacidad de los/as beneficiarios/as de los servicios de salud de adoptar y aplicar prácticas saludables.

### **C. Género**

La audiencia principal de la estrategia serán las mujeres en edad fértil, embarazadas o puérperas. La estrategia, además de promover la adopción de prácticas mejoradas, contribuirá a concientizar a las mujeres de la responsabilidad sobre su salud y la de sus bebés, así como concientizar al personal de salud del rol protagonista de la mujer como sujeto de todas las situaciones que se presenten durante el embarazo, parto y puerperio; y que debe ser tratada como tal durante los espacios de comunicación, tales como la consejería o la consulta.

En el marco de la realidad actual cultural y social, la estrategia también buscará involucrar a los varones, no tanto por su capacidad de influencia y decisión sobre las acciones de sus parejas, sino por la necesidad de apoyar a éstas en la adopción y aplicación de mejores Prácticas de salud. Esto significa, involucrarlos conjuntamente en los procesos de orientación y al mismo nivel que a las mujeres.

### **D. Uso del idioma nativo**

Siempre que sea factible, las actividades educativas sobre las Prácticas mejoradas de salud deben llevarse a cabo en los idiomas de las comarcas. Del mismo modo, los materiales auditivos para la comunicación educativa serán siempre en los idiomas de las comarcas. Esto es especialmente importante en el caso de la comarca Guna Yala, donde las palabras para explicar la salud y las enfermedades están cargadas de simbología, sentido figurado y no pueden ser traducidas literalmente.

Los materiales gráficos de comunicación educativa se prepararán en español, pensando en usuarios/as analfabetos/as o con un manejo muy limitado de la lectura. Los materiales estarán ampliamente ilustrados, con fotografías o ilustraciones auto-explicativas, mostrando situaciones con las que los/as



usuarios/as puedan sentirse completamente identificados/as. En el caso de la comarca Guna Yala, la población prefiere la comunicación visual y simbólica, por lo que este tipo de materiales gráficos adquiere una importancia fundamental.

Los materiales gráficos producidos en el marco de la estrategia serán para uso guiado, es decir, para que el personal de salud explique a las usuarias su contenido y posteriormente se los entregue a éstas para uso propio y poder consultar el contenido cuando lo necesite.

Siempre que sea posible, la explicación hablada deberá ser en el idioma nativo de la usuaria/o.

### **E. Horizontalidad**

Según se ha observado, los enfoques tradicionales de la comunicación educativa siguen siendo unidireccionales y verticales. En el marco de esta estrategia, los materiales de comunicación educativa preparados para uso de las/os beneficiarias/os, serán los mismos que usará el personal de salud para explicarles las prácticas. Las mujeres, al terminar las explicaciones, se los llevarán consigo como herramientas para recordar lo explicado, consultarlo cuando necesiten aplicar las prácticas promovidas, y comentarlo con su familia o red social más cercana.

### **F. Refuerzo de la autoestima**

Una variable fundamental para el empoderamiento y aceptación de las prácticas sugeridas es la autoestima de los/las beneficiarios/as. Estimular la autoestima de los/las usuarios/as es un mecanismo básico para la adopción o el cambio de prácticas de salud. Uno de los estímulos más poderosos para fortalecer la autoestima es cuando las/os usuarias/os se sienten capaces de entender un material educativo y de aplicar sus instrucciones. De igual manera, cuando una usuaria/o no logra entender un material, su frustración se refuerza y con ella, la idea equivocada de que no es capaz, viéndose afectada/o su autoestima, tan fundamental y necesaria para la adopción y el empoderamiento de las prácticas recomendadas.

### **G. Individualidad versus colectividad**

En las comarcas indígenas, el sentido de individualidad está directamente ligado al sentido de colectividad. El individuo tiene conciencia de su ser individual en el marco de su familia, su grupo y su comunidad. La influencia de las redes sociales comunitarias sobre las decisiones individuales para la adopción y aplicación de una práctica o comportamiento de salud es una variable muy importante que es necesario tener en cuenta. Las consejerías y eventos de comunicación son más efectivos si se realizan con el grupo familiar o comunal en lugar del individuo.

La Estrategia propone pedir a la mujer que comente con su pareja y su familia (madre, suegra o familiar seleccionado) los materiales educativos que se le proporcionan.

El grado de organización comunal varía en cada comarca, así como el papel de las autoridades en las decisiones sobre salud. La especificidad comarcal será tomada en cuenta en la implementación de la estrategia en lo que respecta a la asignación de responsabilidades sobre la promoción de las prácticas de salud mejoradas, la distribución de materiales educativos, o el reforzamiento y apoyo a la demanda de los servicios de salud por parte de las audiencias sujeto de la estrategia.

## **V. Líneas de acción, Componentes, Audiencias, Prácticas, Mensajes y Medios de la Estrategia**

---

La Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud tiene por objetivo incrementar la demanda de los servicios de CONE y PF. Es decir, conseguir que la población objetivo cambie sus comportamientos actuales respecto a la demanda de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, y que busque servicios de planificación familiar y que, más consciente de sus necesidades y las capacidades de los servicios de salud para cubrirlas, opte prioritariamente por la atención en dichos servicios.

El Ministerio de Salud espera alcanzar el objetivo de una mayor búsqueda por parte de las mujeres en edad fértil de los servicios de salud materno-neonatales como primera opción para la atención de los embarazos, parto, puerperio, y planificación familiar de acuerdo al modelo de cambio de comportamiento propuesto, mediante unas líneas de acción específicas.

### **A. Líneas de acción de la Estrategia**

Las principales líneas de acción orientadas al **incremento de la demanda** son:

1. Dar a conocer las ventajas de buscar la atención en los servicios de salud para tener un embarazo y parto más seguros para la madre y el bebé; o las desventajas, riesgos y perjuicios de no hacerlo, mediante una combinación de mensajes en medios masivos y los testimonios de mujeres que tengan experiencias positivas en su atención.
2. Conseguir que las mujeres busquen de inmediato la atención en los servicios de salud mediante el cambio en su percepción y la de los miembros de su red social sobre la importancia de algunas señales de alarma en el embarazo, parto, y puerperio, evitando demoras que pueden resultar fatales para la madre y el bebé. La transmisión de la información sobre las señales de alarma en el embarazo, el parto y el puerperio lo hará el personal de salud de los diferentes niveles de atención de CONE, debidamente capacitado y contando con las herramientas de comunicación y educación adaptadas a la cultura de las comarcas. Del mismo modo, se hará uso de las radios locales para transmitir dicha información a nivel masivo, motivando la búsqueda de una orientación personalizada con los proveedores de salud.
3. Motivar a las mujeres en edad fértil para que busquen la atención en los servicios de salud, durante sus embarazos (asistiendo al menos a cuatro controles prenatales), partos, puerperio y planificación familiar. Esto se hará mediante la influencia de las redes sociales de la comunidad, incluyendo parteras, curanderos y médicos tradicionales, con el apoyo de las entidades asociativas existentes en cada comarca, y mediante la consejería presencial por parte de los proveedores de salud de los diferentes niveles, debidamente capacitados y con herramientas de comunicación y educación novedosas y adaptadas culturalmente.
4. Promover la búsqueda de los servicios de salud por parte de las mujeres para la atención de sus necesidades, cambiando su percepción y la de los miembros de su red social sobre la capacidad de los servicios de salud para responder a dichas necesidades. Esto se logrará mediante el registro y difusión de los testimonios de las mujeres que han tenido experiencias exitosas en su tratamiento, y que en consecuencia han vivido embarazos y partos más seguros.

5. Promover que las mujeres y sus parejas busquen orientación sobre anticoncepción y planificación familiar en los servicios de salud, cambiando su percepción y la de los miembros de su red social sobre la importancia de estos temas. Esta acción se llevará a cabo mediante una combinación del uso de mensajes en los medios masivos, y presentaciones en las reuniones de las organizaciones comunales.
6. Reforzar la organización comunal alrededor de la salud de las mujeres embarazadas y su atención inmediata en los servicios de salud para resolver las barreras que actualmente causan las dos primeras demoras en la decisión de buscar atención y acceder a la misma. Esta será una labor de los promotores y de las autoridades, responsables de concientizar a la población sobre la importancia de la atención de los embarazos, partos y puerperios en los servicios de salud para mayor seguridad de la madre y su hijo/a.

Paralelamente a la creación de este incremento de la demanda, la respuesta de **la oferta se verá reforzada** mediante:

1. Un cambio en las actitudes y prácticas de los proveedores de salud para la atención de las mujeres indígenas que buscan los servicios de salud, mediante capacitaciones en temas de diálogo intercultural. La mejora de la atención por parte de los proveedores de salud de los diferentes niveles de CONE resultará del desarrollo de sus competencias sobre la atención, la mejora de los servicios que ofrecen las instalaciones, y la provisión de materiales educativos adaptados culturalmente para reforzar sus labores de promoción de la salud.
2. El desarrollo y/o fortalecimiento de las competencias del personal de salud para orientar a las usuarias respecto a las Prácticas que deben adoptar.
3. La provisión de herramientas educativas para hacer más efectiva esa orientación a las usuarias.
4. Ello no quita la necesidad del trabajo paralelo y necesario del MINSA y las DRS en la oferta por fuera de esta estrategia para fortalecer los aspectos directos de la atención - provisión biomédica con atributos de calidad técnica, interculturalidad, género y derechos. Así como las adecuaciones necesarias a las normas y procedimientos, para que la atención a las poblaciones indígenas acepte el acompañamiento de las parejas, madres o parteras, tener el parto en la forma y postura que prefiera la mujer, y las prácticas relacionadas con análisis y enterramiento de la placenta, como en el caso de la cultura Guna Yala. Todo esto corresponde a la necesidad de que los servicios de salud brinden una atención integral de calidad a la población, cambiando de esta manera aquellas percepciones negativas que ésta pudiera actualmente tener de los mismos.

## **B. Componentes generales de la Estrategia**

De acuerdo a las líneas de acción descritas se proponen los **componentes generales de la estrategia de cambio de comportamientos**. Estos componentes se describen en más detalle más adelante, en la explicación de cada una de las diferentes fases en que se propone dividir la ejecución de la estrategia. Estos componentes generales, para lograr los objetivos de la misma, son los siguientes:

### **1. Los actores que influyen en la demanda**

Podemos dividir en dos grandes grupos los actores que influyen en que la decisión de la mujer por buscar la atención en los servicios de salud se traduzca en una práctica factible y se ejecute:

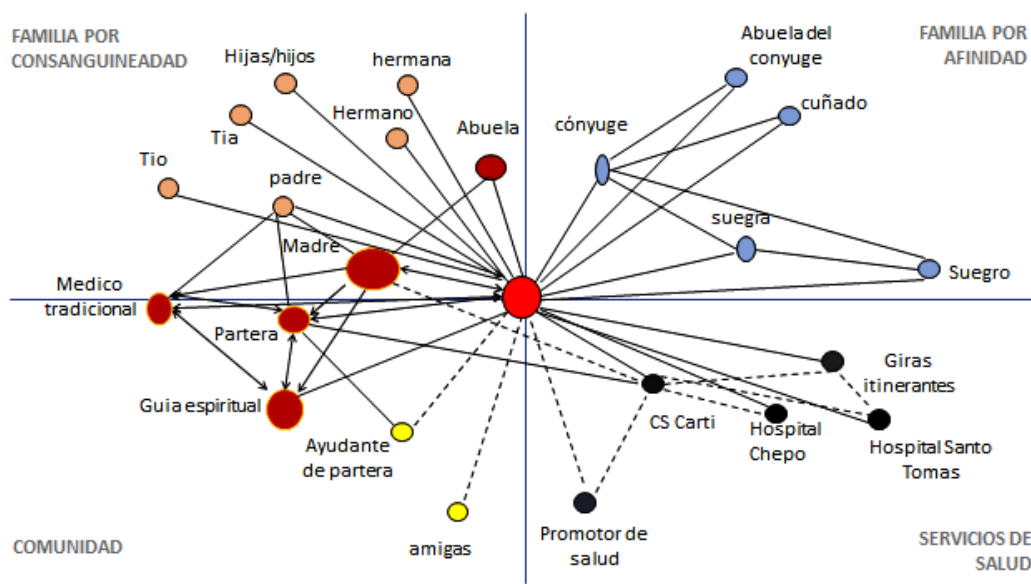
## Las autoridades de las comarcas

En cada comarca hay un Congreso General y otro Congreso Local en los cuales se organizan las figuras principales reconocidas en su autoridad por la comunidad. En la comarca Emberá-Wounaan, la figura principal comunitaria es el Nocó o dirigente, le sigue la autoridad local (presidente), el vicepresidente, vocales y tesorero. Aunque el Nocó es la autoridad máxima en la comunidad, todo el proceso de decisiones pasa por todo el congreso y por la comunidad. Es la persona que comunica e informa a todos los miembros las actividades que se realizan dentro de la misma. En la comarca de Guna Yala, el Congreso General y el Congreso Cultural son las autoridades máximas que dictan, respectivamente, las pautas administrativas y culturales que se aplican en la comarca. A su vez, cada comunidad cuenta con un Saila como autoridad en la comunidad y es quien comunica e informa a todos los miembros las actividades que se realizan dentro de la misma. Las decisiones del Saila pasan por sus ministros y las mujeres mayores. En la comarca Ngäbe Buglé, el cacique es la autoridad local, pero también existe una municipalidad conformada por un alcalde, vocales y tesorero. El cacique es el que comunica e informa a la comunidad.

## Las redes sociales

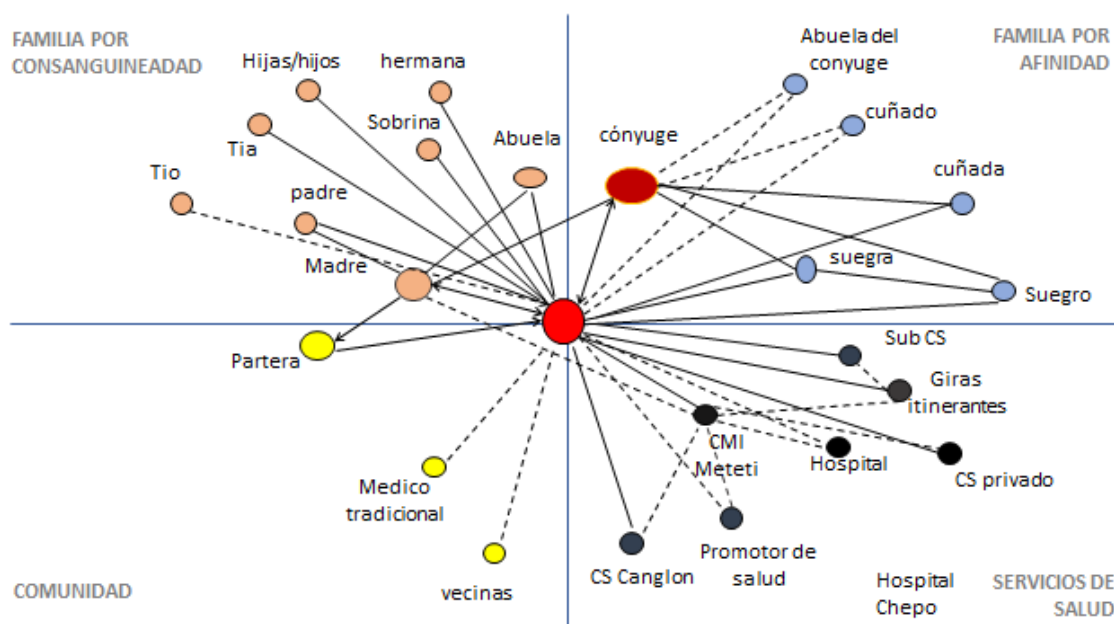
Un estudio de análisis de redes sociales llevado a cabo en 2013, “Asuntos de Familia” mostró que hay una diversidad de actores que influyen en las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Esta multiplicidad de actores, así como los diferentes niveles de influencia que ejercen en todas las etapas del embarazo, parto, puerperio pueden observarse en los gráficos que siguen. A nivel de la demanda, entre la complejidad de actores “en Guna Yala se encontró que el número de personas que influyen sobre las decisiones de una mujer respecto al control prenatal y parto son de 6 a 7 personas. En Emberá Wounaan el número de personas que influyen son menos, entre 5 a 6 personas” (Morales et al, 2013).

**Figura 3 Red General de la Comarca Guna Yala**



Fuente: Morales et al, 2014

**Figura 4. Red General de la Comarca Emberá-Wounaan**



Fuente: Morales et al, 2014

La red general incluye a todos los actores durante el embarazo, parto y puerperio. En el centro de este gráfico se ubica el ego (mujer) representada por un círculo rojo. Las rayas sólidas representan interacciones entre dos actores mencionados dos o más veces, y las rayas discontinuas hacia el ego representan interacciones que solo fueron mencionadas una vez y las rayas discontinuas entre actores representan recomendación para ir o búsqueda de apoyo. Las flechas corresponden a la dirección de la relación (por ejemplo la madre contacta y recomienda a la partera). El color rojo representa a los actores más importantes y los otros colores a la categoría en cada cuadrante.

Estos actores de la red social de influencia pueden clasificarse en dos grupos muy importantes: la red familiar y los agentes de salud tradicionales.

### **Red familiar**

En los gráficos podemos observar que existe un nivel de influencia ya sea de recomendación, consulta, apoyo y/o decisión directo en el amplio espectro de las relaciones familiares tanto consanguíneas como de afinidad, apuntando en ambos casos a la madre como la persona que más influye en las decisiones de la hija respecto al uso de los controles prenatales y atención institucional del parto. Otros personajes importantes son el cónyuge y la abuela, teniendo el primero un rol tan decisivo como el de la madre en el caso de la comunidad Emberá.

## Agentes de Salud Tradicionales

Los agentes de salud en cada una de las comarcas indígenas, son reconocidos en su autoridad y conocimientos y considerados esenciales en el cuidado de la salud para la comunidad. En cada una de las comarcas hay tres tipos de agentes de salud con funciones diferentes, pero que responden a su misma cosmovisión, cultura o su forma de entender la salud y enfermedad, que entienden se relaciona tanto con el espacio físico o terrenal como con el espiritual. Bajo esta concepción de salud y enfermedad, estos tres agentes de la salud son importantes para mantener un equilibrio adecuado entre el plano terrenal y el espiritual.

- **Médico Tradicional.** Es un especialista que cura a través de un profundo conocimiento del mundo natural y del mundo espiritual que animan el mundo natural. Son grandes conocedores de las propiedades de las plantas medicinales las cuales las usan en función a la relación que las plantas tienen con los espíritus que las animan. Son también grandes consejeros familiares para la salud-enfermedad y planificación familiar. Cada comarca le asigna un nombre distinto. Entre la población Ngäbe el nombre que recibe es “Kräga Bianga”. Para la población Guna este médico es llamado “Ina Dule” y para los Emberá, el médico tradicional es llamado médico botánico.
- **Guía Espiritual.** El segundo agente de salud es el médico espiritual llamado entre los Ngäbe, “Sukia” y su función principal como agente de la salud en la comunidad es la sanación de enfermedades espirituales, conocedor también de plantas medicinales. En la Comarca Guna Yala la representación de este médico espiritual es el “Nele”, reconocido también como una persona con grandes cualidades para la clarividencia y sanar enfermedades espirituales. En la Comarca Emberá Wounaan, el médico espiritual es llamado “brujo” y tiene grandes cualidades para sanar el espíritu e incluso para hacer brujería (maleficios). (Sánchez, 2009).
- **Partera.** Por último, otro agente de salud muy importante es la partera. En la Comarca NB se le llama “Ngibiaga”, en la comarca GY “Muu” y partera en la Comarca EW. Es una agente esencial en el momento último, antes del parto y durante el parto. La partera para la población Ngäbe sólo participa en el momento del parto y no es requerida durante los controles prenatales. En la comarca EW, la partera si participa antes del parto, pero sólo unos días antes para palpar la barriga y ver la colocación del bebé. Lo usual en todas las comarcas es que la partera sólo participe en el parto, pero cuando hay una complicación, antes, durante o después del parto es la agente de salud que deriva a otros lugares que considera puedan resolver.

La cantidad de personas de la red social que pueden involucrarse tiene implicaciones programáticas para el trabajo comunitario que deben ser tomadas en cuenta:

- Señalan la necesidad de trabajar con toda la comunidad en las estrategias de sensibilización y comunicación del plan de parto.
- Indican la importancia de definir metodologías específicas para trabajar paralelamente de modo selectivo con algunos actores familiares tales como la madre y el cónyuge así como con los guías espirituales, los médicos tradicionales y las parteras.
- Señalan la importancia de que los servicios de salud en las Comarcas reconozcan estos agentes y se acerquen a los agentes de salud tradicionales como pares y aliados para ayudar en las actividades relacionadas al Plan de Parto, para ser actores de la salud y no solo receptores.

- Asimismo, señalan la importancia fundamental de que el MINSA incorpore en sus programas preventivos y de promoción a estos actores de una manera programática y de largo plazo.

## 2. Las audiencias objetivo de la comunicación

En una estrategia de cambio de comportamiento, todos los actores que influyen en éste deben ser tomados en cuenta. Sin embargo, para las acciones de comunicación y los materiales y herramientas educativas, se priorizan aquellos actores que están más directamente involucrados en la ejecución de la práctica que se quiere promover y pasan a ser “audiencias”.

Son muchas las personas que de una u otra forma influyen en las decisiones de las mujeres en edad fértil. Es importante que los mensajes lleguen a todas ellas, pero no es necesariamente importante que haya mensajes específicos para cada una de ellas. En una estrategia es fundamental priorizar las audiencias para evitar atomizar las actividades, los mensajes y el papel de los medios, perdiéndose el impacto de la intervención. Para esta estrategia, esas audiencias dependen de cada una de las prácticas que se van a promover y están explicadas más adelante en las tablas correspondientes.

La **audiencia primaria** de la estrategia son las mujeres en edad fértil en sus estados preconcepcional, de embarazo, parto, y puerperio, de acuerdo al continuo de atención del CONE, y las personas que ejercen una influencia particularmente decisiva en la práctica específica. Estas personas suelen ser la madre, suegra o el esposo o pareja. Las acciones de comunicación personal (visitas, consultas, consejería) se dirigen fundamentalmente a ellas.

Las **audiencias secundarias** son todas aquellas personas de la red social de la mujer en edad fértil, que pueden influir en su toma de decisiones sobre salud en los estados mencionados anteriormente. Estas personas cambian de una sociedad a otra y su influencia también evoluciona de acuerdo a como la audiencia primaria va adquiriendo más experiencia y depende menos de las opiniones de los demás. Por ejemplo, las opiniones de las madres, suegras y familia se toman más en cuenta en el primer parto que en los restantes, cuando ya la mujer ha adquirido sus propias experiencias. Y es que no hay nada más fuerte en la toma de decisiones de la audiencia primaria que su propia experiencia personal que va adquiriendo con respecto al uso de los servicios de salud. Por eso la estrategia propone lograr que un primer grupo de mujeres pase por todas las etapas de la atención de manera exitosa, y se pueda después convertir en multiplicadora de esas experiencias. Las acciones de comunicación grupal y masiva se enfocan principalmente a ellas.

Hay otra serie de audiencias que juegan un importante papel en facilitar que la audiencia primaria adquiera las experiencias positivas que la lleven a un cambio sostenible de comportamiento. Las **audiencias terciarias**, compuestas por las autoridades comunales, parteras y otras fuentes de atención de salud tradicional en las comunidades, cumplen esa función motivando y apoyando a las mujeres a superar las barreras para adoptar las prácticas propuestas. Las acciones de abogacía y de capacitación se enfocan principalmente a ellas.

Por último, las **audiencias complementarias** estarían constituidas por el personal de salud, de cuyas competencias depende la calidad de la atención, fundamental para la experiencia positiva de las usuarias y que, a su vez, son los encargados de transferir los conocimientos y la orientación sobre las prácticas propuestas a dichas usuarias. Para esta audiencia específica se enfocan las acciones a nivel institucional, que van desde las normas y procedimientos hasta la capacitación formal en su eficiente aplicación.

Es importante considerar que en las comarcas Ngäbe -Buglé y Emberá Wounaan existen ya organizados los Comités de Salud y en Guna Yala, existen los comités de ornato y limpieza. Estas estructuras organizativas pueden ser fortalecidas y servir como parte de la base comunitaria para la implementación de esta estrategia, y de esta manera fortalecer la organización de la comunidad y el liderazgo de quienes conforman estas estructuras.

### **3. Las prácticas mejoradas de salud**

Lo que se espera que las mujeres en edad fértil hagan para decidir sobre su fertilidad y para asegurar su salud y la de sus hijos/as, previniendo y tratando oportunamente cualquier riesgo, signo de alarma o daño evidente que se pudiera presentar a lo largo de su embarazo, parto y puerperio, prefiriendo la atención en los establecimientos de salud en estos estados, en particular la asistencia a no menos de cuatro controles durante el embarazo, la reducción de las demoras en acceder a la atención, el parto institucional que garantice mayor seguridad, el uso de los Albergues Maternos y las CAMs y la adopción de un método para espaciar los embarazos. En particular, las siguientes son las prácticas generales que se promoverán a través de la estrategia.

- **Preconcepción:**

En el lado de la demanda: (i) importancia de retrasar el primer embarazo hasta tener la madurez biológica adecuada; (ii) retrasar el primer embarazo después de casarse hasta que la pareja se establezca; (iii) hacerse examinar para descartar enfermedades que pudieran traducirse en complicaciones para la madre o el producto durante un embarazo o un parto; (iv) acudir al servicio de salud para obtener vitaminas y minerales para preparar el organismo para un embarazo y parto más seguro.

En el lado de la oferta: (i) Promover entre los jóvenes la importancia de la planificación de la vida y de la fertilidad de manera responsable; (ii) brindar los servicios de atención de la preconcepción; (iii) brindar consejería y orientación en PF con las condiciones de privacidad y en el marco del respeto y el diálogo intercultural.

- **Embarazo:**

En el lado de la demanda: (i) importancia de acudir a por lo menos cuatro Controles Prenatales (CPN); (ii) aceptación de las ventajas del parto institucional, (iii) identificación y uso de albergues maternos (AMs) o casas de acudientes maternas (CAMs) desde las dos semanas previas a la fecha probable de parto; (iv) los preparativos y los medios con los que contará la mujer embarazada y su familia para acudir al parto institucional, de acuerdo a su Plan de Parto, y/o cuando se presente alguna complicación de la mujer o en el recién nacido; (v) la identificación de señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido y (vi) la decisión sobre el espaciamiento del tiempo hasta el siguiente embarazo.

En el lado de la oferta: (i) la orientación y consejería a la mujer y su familia durante su embarazo, por parte de los Equipos Básicos de Salud (EBS) y los Equipos Comunitarios de Salud (ECS) para que asista a los controles y siga las recomendaciones que reciba durante los mismos, (ii) orientación y consejería por parte del EBS y ECS para que la mujer y su familia identifiquen las señales previas al trabajo de parto o signos de alarma para iniciar el proceso de búsqueda inmediata de atención institucional.



- **Parto:**

En el lado de la demanda: (i) la búsqueda de atención del parto por un profesional de la salud (médico y/o enfermeras) en una instalación de salud categorizada mínimamente como CONE Básico.

En el lado de la oferta: (i) apoyar a la mujer para que acuda a la instalación de salud para la atención del parto institucional; (ii) asegurar el traslado oportuno para la atención del parto o de emergencias obstétricas y neonatales. (iii) respeto por parte del personal de salud de las opciones del tipo de parto que desea la mujer y ha acordado en su Plan de Parto, con la pareja o el acompañante; (iv) facilitar la participación de la partera y/o acompañante definido por la mujer embarazada para apoyar el trabajo de parto; (v) identificar señales de peligro durante el parto; (vi) apego temprano del neonato al pecho de la madre como el mejor comienzo de la lactancia materna.

- **Puerperio:**

En el lado de la demanda: (i) permanecer en el AM o CAM y recibir y seguir las recomendaciones del personal de salud; (ii) reconocer las señales de peligro en la mujer y el neonato; (iii) iniciar la lactancia materna y seguir las instrucciones del personal de salud en este sentido; (iv) seleccionar un método de planificación para espaciar el siguiente embarazo.

En el lado de la oferta: (i) brindar consejería en el periodo inmediatamente post-parto sobre: señales de peligro durante el puerperio, uso de métodos anticonceptivos, lactancia materna y asesoría nutricional.

#### **4. Acciones de comunicación educativa**

Una serie de diferentes acciones de comunicación, aplicadas en las etapas del continuo de la atención materno neonatal, que buscarán transmitir a las audiencias objetivo (primarias y secundarias) la información y conocimientos necesarios para que las mujeres en edad fértil puedan formarse una actitud positiva sobre la atención en los servicios de salud, como la mejor y más segura opción, que les lleven a buscar dichos servicios en los estados mencionados, y cuando decidan espaciar sus embarazos y tener un control sobre su fertilidad.

Las acciones de comunicación **transmitirán mensajes previamente definidos**, enfocados a las audiencias objetivo, y por los medios y mecanismos que resulten más pertinentes y efectivos en el caso particular de las comarcas indígenas, de acuerdo a sus características socioculturales particulares.

##### **a) La comunicación por medios masivos**

Esta comunicación usará las radios que llegan a las comarcas y áreas rurales dispersas para difundir los mensajes en los idiomas nativos, promoviendo la demanda de los servicios de salud para los controles de embarazo (prenatal), cuando se presenten señales de alarma (en el prenatal, parto, puerperio o con el neonato) y en el momento del parto. Como a continuación se explicará en las tablas correspondientes, estos mensajes se enfocarán en la garantía de seguridad para la madre y niño/a que ofrece la atención de los servicios de salud.

Las cuñas radiales se pautarán y grabarán en los idiomas nativos, debiendo ser validadas por una muestra de la población a la que irán destinadas a fin de probar su efectividad, capacidad de llamar la atención, interesar y ser comprendidas y aceptadas. Al igual que el resto de herramientas educativas propuestas en la Estrategia<sup>13</sup>, la producción de las cuñas radiales será tarea de la Dirección de Promoción de Servicios de la Salud, en estrecha coordinación con la Dirección de Asuntos Indígenas, y las correspondientes Direcciones Regionales de Salud de las comarcas. Su distribución y pauta en las radioemisoras locales de las comarcas será responsabilidad de los promotores de los Centros de Salud (UBAS de referencia).

Las cuñas radiales se reforzarán con carteles que aseguren la permanencia de los mensajes en la población. Estos carteles se podrán usar además como herramientas motivadoras o inductoras de discusiones sobre los temas tratados en la comunicación interpersonal. Para fines de ser herramientas de comunicación masiva se colocarán en puntos clave de las comunidades, tales como centros de reunión, áreas de paso intensivo/frecuente y lugares de encuentro de la población, así como en los servicios de salud. Ello contribuirá a reforzar los mensajes transmitidos por las radios en el mediano plazo. Carteles se usarán también para recordar a las mujeres las señales de peligro durante el embarazo, el parto y el puerperio, y se instruirá que los coloquen en lugares visibles de sus casas donde puedan ser consultados cuando lo necesiten.

## **b) La comunicación interpersonal**

Constituye la columna vertebral de una estrategia de cambio de comportamiento y por ende de esta. La comunicación interpersonal comprende las visitas a los hogares de las madres, las consultas de las mujeres, sus parejas o familiares, las reuniones de madres, mujeres o de las autoridades, parteras, médicos tradicionales y autoridades y las presentaciones que los trabajadores de salud hagan a las diferentes audiencias. Las herramientas de la comunicación interpersonal son la consejería, las charlas y toda orientación y conversación que se dé entre los actores de la estrategia sobre los temas y prácticas de salud que se promueven en la misma.

Los trabajadores/as de la salud que tienen contacto con los/as usuarios de los servicios en los diferentes niveles, transmitirán a éstos/as los mensajes de la Estrategia, según la oportunidad, buscando promover las prácticas propuestas para cada etapa del continuo de la atención materno-neonatal, desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio / etapa neonatal.

Más adelante, **al describir en detalle las fases de ejecución de la estrategia**, se exponen estas oportunidades educativas y dónde se darán en el continuo de atención, así como sugerencia de su frecuencia ideal y los materiales educativos que se entregarán en las mismas.

---

13 Otras herramientas educativas propuestas son los carteles, folletos, rota folios, banners y hojas explicativas.

La comunicación interpersonal para promover las prácticas propuestas puede ser **planificada** -visitas domiciliarias, las convocatorias a reuniones y charlas, la programación de acciones de consejería u otras- o puede ser **circunstancial**, aprovechando los contactos con los/as usuarias/os de los servicios como oportunidades educativas. Un ejemplo de estas oportunidades educativas es la que se da en la consulta o cuando el/la usuaria/o acude al servicio de salud con cualquier motivo. Será fundamental buscar con mayor profundidad en cada comarca en base a los usos y costumbres particulares en cada una de ellas, las mayores oportunidades de comunicación interpersonal con las diferentes audiencias; en sus espacios naturales de encuentro familiar o comunitario para aplicar los mensajes con sus objetivos a través de los medios y materiales pertinentes.

Los dos momentos principales de la comunicación interpersonal: la consejería y la consulta en las instalaciones de salud o en las giras itinerantes, se deben dar a la mujer y su familia cercana (pareja, madre, suegra, acompañante). Si es en visita domiciliar planificada, se buscará reunir a la familia y otras personas cercanas para que todos reciban el mismo mensaje y puedan ahí expresar sus opiniones. Si se trata de una consulta, se promoverá que la mujer embarazada sea acompañada siempre por su pareja o su familiar cercano (suegra, madre, otro) para transmitir a ambos la orientación correspondiente. Estas oportunidades educativas deben ser en los idiomas indígenas, teniendo un/a traductor/a si fuera necesario. El/la traductor/a es fundamental en el momento del parto, si es que no está presente la partera en el mismo o si el personal no hablara el idioma local.

## **5. Las herramientas de comunicación educativa**

Es un hecho que la comunicación por sí sola no será suficiente para cambiar comportamientos. La información y el conocimiento es sólo uno de los elementos del proceso de adopción de las prácticas. Variables como los estímulos, la aceptación o la presión social aprobando y/o exigiendo esas prácticas y el apoyo para eliminar las barreras que dificultan o impiden la adopción y aplicación de las prácticas son imprescindibles para que se dé la esperada adopción. Pero la comunicación, en particular la que se da cara a cara a través de la consejería o simplemente del mensaje transmitido por alguien de la red social de completa confianza, sigue siendo la columna vertebral del proceso que lleva a la adopción de las prácticas promovidas. Los medios masivos pueden transmitir información, pueden despertar más o menos interés sobre un tema, pero cuando se trata de convencer, es la palabra de una fuente confiable, la conversación que puede resolver al instante las dudas y que puede retroalimentar las reacciones a los mensajes, es la que al final convence y mueve a la acción. De ahí la importancia de que los primeros que adoptan un comportamiento o una práctica, obtengan buenos resultados de su adopción y sean los encargados de transferir sus experiencias positivas a los demás.

Para que esa comunicación sea efectiva, se debe contar con herramientas que apoyen la comprensión y la aceptación de los mensajes que disparan el mecanismo de convencimiento que lleva a la aceptación, adopción y aplicación correcta de una práctica. Las herramientas que se proponen en esta estrategia son ayudas para reforzar la comunicación interpersonal o de grupos y hacer más comprensible el mensaje para las audiencias.

Las Comarcas indígenas contienen culturas de tradición oral. La comunicación entre pares sigue siendo la que mantiene vivas las tradiciones, la que se cree más si viene de una fuente confiable. Pero esa comunicación entre pares puede reforzarse con herramientas que hagan más fácil la comprensión de su mensaje. Por eso todas las herramientas de comunicación educativa que se proponen en la presente estrategia no deben entregarse a discreción sino usarse para reforzar una explicación y después entregarse a las usuarias/os como recordatorio de lo aprendido.

La estrategia propone los siguientes tipos de herramientas de comunicación educativa para reforzar la transmisión de los mensajes a las audiencias identificadas:

- **Materiales impresos**, tales como: (i) afiches y carteles para ser explicados y entregados a las mujeres para que los pongan en lugares visibles de sus hogares, transmitiendo el mensaje a toda la familia, con contenidos como las señales de peligro en el embarazo, el parto y el puerperio; (ii) afiches y carteles para ser colocados en lugares de encuentro y confluencia como centros comunales, municipalidades, tiendas locales, etc., exponiendo conceptos simples como la importancia de que los partos se traten en las instalaciones de salud, (iii) banners con historias ilustradas en forma de story boards, para ser contadas en el marco de la tradición oral en reuniones, eventos, presentaciones, en las salas de espera y en los AM y los CAMs, o simplemente en las reuniones formales e informales que se dan en las Comarcas como las que diariamente ocurren en las aldeas Gunas en las que la comunidad comparte sus historias; (iv) folletos con secuencias de ilustraciones o fotografías, para personas que no saben leer, exponiendo contenidos que serán desarrollados en la orientación y la consejería en las visitas domiciliarias o en las consultas, y que serán entregados a las usuarias para que en sus hogares los discutan con sus familias y los conserven para consultarlos cuando necesiten recordar la información que contienen.
- **Materiales radiales:** Cada comarca está expuesta a la cobertura limitada de una radio que, en algunos casos, solo funciona por unas horas al día. La falta de energía eléctrica impide todavía una entrada significativa de la televisión, lo que la convierte en una novedad en aquellos centros de salud donde se cuenta con estos aparatos. La estrategia propone: (i) cuñas radiales para motivar a las audiencias por medio de resaltar los motivos o razones por las que una determinada práctica debe ser adoptada. Por ejemplo, animar a que los varones acompañen a sus parejas a los controles durante el embarazo, reforzar su responsabilidad sobre la salud de sus parejas y sus hijos, aceptando el parto institucional como más seguro y responsabilizándose de brindar a sus parejas esa ventaja. Esas cuñas radiales pueden perifonearse en las aldeas y pasarse en los centros de salud mientras las personas esperan ser atendidas.
- **Materiales audiovisuales:** La producción de videos con telenovelas enfrenta el alto costo, en tiempo y recursos, y la difícil sostenibilidad. Sin embargo, se pueden combinar historias grabadas, ilustradas con secuencias fotográficas, con lo que se logra el mismo efecto que en los videos pero a un costo considerablemente menor. Los audios de estas historias grabadas actúan perfectamente como programas radiales, y en el caso de que el Ministerio decida producir telenovelas, las secuencias de imágenes pueden servir como story boards para la filmación de las mismas. Estos materiales se usarían para pasarlos en las salas de espera de los centros de salud, hospitales regionales, AMs y CAMs.
- **Presentaciones:** El trabajo de convencimiento e involucración de las autoridades locales, líderes comunitarios, parteras, médicos tradicionales y demás actores influyentes en la comunidad, debe desarrollarse a través de presentaciones formales, que hagan a dichos actores sentirse tratados de manera especial y diferente al resto de las audiencias. Presentaciones en Power Point con datos estadísticos de fácil comprensión sobre la problemática de la salud materno-infantil en las Comarcas y las propuestas de solución que representan el Plan de Parto, la Estrategia CONE y la Estrategia de cambio e incorporación de prácticas de salud, pueden abrir los ojos a las autoridades sobre la importancia de estos temas y apoyar su desarrollo en sus Comarcas.

- **Capacitaciones:** La transferencia de competencias a los trabajadores de salud que trabajen en las Comarcas debe ir más allá de la capacidad técnica sobre los temas de salud. Su formación debe incluir el conocimiento de las culturas indígenas, basado en los numerosos estudios que ya existen sobre la salud en el marco de las mismas, y el desarrollo de una actitud de respeto y diálogo intercultural como eje transversal de su trabajo. Además de estas áreas de formación, los trabajadores de la salud deben obtener las competencias para ser educadores y capaces de transferir efectivamente las recomendaciones y orientaciones sobre la salud a los/as usuarios/as de los servicios en cuanta oportunidad de diálogo se les presente en el continuo de la atención. Deben ser además capaces de producir materiales educativos con sus propios recursos locales y de utilizarlos de manera efectiva en convencer a los/as beneficiarios/as sobre las prácticas de salud que cada programa quiera transferir. Las capacitaciones del personal de salud pueden ser presenciales y a distancia. Dado el costo de tiempo y recursos que representan las capacitaciones presenciales, el Ministerio de Salud deberá buscar mecanismos para mantener actualizado a su personal en estas competencias por medio de páginas web con enfoque interactivo donde se puedan seguir lecciones a distancia y a la vez compartir experiencias exitosas y consejos con otros colegas que trabajan en el campo.
- **Actividades de promoción en las giras itinerantes.** Las acciones, mensajes y materiales de la estrategia se aplicarán también en el marco de las giras itinerantes. Es fundamental que en estas giras se desarrollen las acciones de comunicación educativa, brindándose orientación y consejería en las consultas de acuerdo a los contenidos y mensajes propuestos, perifoneándose las cuñas radiales y entregándose los materiales de comunicación educativa que se prepararán para transmitir los diferentes contenidos de salud. Las giras itinerantes ofrecen además una oportunidad invaluable para interactuar con la comunidad, aprovechando la estadía del equipo de salud para dar charlas a las organizaciones comunales, reunir en grupos a las mujeres que asistan a los controles, y brindarles charlas educativas con los materiales que se proponen al efecto, además de repartirlas materiales educativos para que discutan sus contenidos con sus familias. Las acciones de promoción están ya contempladas en las actividades de estas giras, pero necesitan el refuerzo de contar con las herramientas educativas que puedan hacer más efectiva su labor de convencimiento sobre las prácticas de salud que se quieren promover. Estas giras itinerantes son además una invaluable oportunidad para desarrollar mayor conciencia en las autoridades locales sobre su responsabilidad sobre la salud de la población a la que sirven, gestionando con ellos el apoyo necesario para las acciones de promoción de la atención institucional de los embarazos, partos y puerperios.

## 6. Acciones de abogacía, participación y organización comunal

La negociación con las autoridades de los espacios para la promoción de las prácticas propuestas es una parte importante de la comunicación interpersonal pues contribuye a empoderarlas sobre su responsabilidad de la salud comunitaria y permite la obtención de su autorización y el aval para llevar a cabo las actividades educativas. Para conseguir su participación, se desarrollarán acciones de educación de dichas autoridades, de manera que sean conscientes de la problemática de salud de sus áreas de autoridad y se motiven a cambiar esas situaciones

De similar importancia será la interacción con las parteras u otros agentes tradicionales de las comarcas para relacionarlos e integrarlos/as a las acciones de promoción de las prácticas propuestas. En el apartado de los actores de la estrategia se sugirieron enfoques de incorporación de las parteras y los médicos tradicionales al continuo de atención del proceso CONE.

Otro aspecto relevante es el fortalecimiento de las organizaciones comunales –llámese comités de salud y grupos de apoyo, comités de ornato o juntas de acueductos y alcantarillados rurales – y cualquiera que se pueda formar alrededor de los objetivos específicos de salud. No se trata de crear nuevas organizaciones comunales sino aprovechar los recursos organizativos ya existentes en las comunidades. Las organizaciones actuales, si tienen un esquema de trabajo y reuniones sistemáticas, ofrecen oportunidades para hacer educación integrándose en sus espacios de trabajo. Este es el caso de los Comités de Aseo y Ornato de la Comarca Guna Yala, las Asociaciones de Mujeres en la Comarca Ngäbe-Buglé y cooperativas agroindustriales. Para efectos de esta estrategia, es fundamental **el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado**, (CCPPT) cuya creación ha sido propuesta en el documento de Lineamientos Operativos de Plan de Parto presentado por MSH<sup>14</sup>.

Las escuelas jugarán también un papel en la incorporación de los/as alumnos/as en la adopción de los conocimientos relacionados con la salud y la planificación familiar. Casi todos los hogares tienen un/a integrante en las escuelas. Además en muchos casos son los escolares los únicos que saben leer por lo que se hacen imprescindibles para llevar ciertos mensajes y materiales a sus hogares, como es el caso de instructivos o secuencias de prácticas complejas. Una forma de involucrar asertivamente a los escolares es presentarles los mismos temas y materiales que se usarán para la población adulta, pedirles que los expliquen en sus hogares a sus familiares, y poner como tarea un informe de las reacciones de los miembros de su familia a esos mensajes. En este sentido, las charlas que los trabajadores de salud ofrezcan a las organizaciones, se deben ofrecer también a las escuelas, donde se ofrecerán los materiales educativos a los/as alumnos/as para que los lleven y expliquen en sus hogares.

Es muy importante que las autoridades comarcales sientan que son tomadas muy en cuenta en el tema de la salud. Se pudiera hacer que el Ministro de Salud visite las Comarcas y se reúna con los líderes indígenas para exponerles la estrategia, junto con el Plan de Parto, y la importancia de la participación comunal para que estas iniciativas sean exitosas. Las parteras y los médicos tradicionales, descritos en la parte de los actores de la estrategia, deben ser incorporados en los procesos de ejecución del CONE, el Plan de Parto y la presente estrategia. Por ejemplo se debe incorporar a las parteras en los partos institucionales y dejando que ellas manejen las situaciones que tienen que ver con las creencias de cada cultura. Por ejemplo, la identificación de posibles Neles en la cultura Guna Yala por la forma en que viene el neonato y la disposición de la membrana y la placenta de acuerdo a sus tradiciones y creencias. Una decisión realmente innovadora y que mostraría mucho el respeto del sistema de salud por la medicina tradicional sería ceder espacios físicos o de tiempo en los establecimientos de salud a los médicos tradicionales y tomarlos en cuenta para que capaciten en sus conocimientos al personal de salud que sea destinado a las Comarcas indígenas. Por ejemplo, un día a la semana se puede invitar que el “Kräga Bianga”, el “Ina Dule”, el “Saila” o el médico botánico, a que diera atención en la instalación de salud.

---

14 Lineamientos Operativos para el Plan de Parto (PN 1-03 – PI 3). MSH. SM2015, Julio 2014.

Para lograr una sostenibilidad en el conocimiento y comportamiento alrededor de estos temas de salud, es fundamental el trabajo en las escuelas. Las charlas en las escuelas de las Comarcas serán oportunidades educativas importantes que los promotores y educadores de salud no pueden dejar pasar. Temas como la importancia de anteponer los estudios y la preparación antes de formar pareja o comenzar a tener hijos, o la importancia de preparar el cuerpo para los embarazos, o de espaciar los embarazos para asegurarse que el organismo está preparado para una función tan importante como la maternidad, son más fáciles de exponer en las escuelas, donde se encuentran los adolescentes que en cualquier momento buscarán formar pareja. El Ministerio de Salud debe buscar de coordinar con el Ministerio de Educación para incorporar estos temas en el currículo que se estudie en las Comarcas Indígenas siquiera como actividad piloto que pudiera extenderse de acuerdo a sus resultados. Las herramientas de comunicación educativa serían las mismas que se proponen para el resto de acciones de comunicación y consejería.

En la explicación de las diferentes fases de la ejecución de la estrategia se expone con más detalle estas labores de abogacía con las autoridades, las fuentes de medicina tradicional en las comunidades, y las organizaciones comunales.

## **7. Desarrollo de las capacidades en los proveedores de salud**

El aprovechamiento de las oportunidades educativas y el uso eficiente de los materiales y herramientas de comunicación por parte del personal de salud dependerá de que éste adquiera las competencias pertinentes (sea capacitado). Para ello, es fundamental comenzar por asegurar el conocimiento técnico de los temas y contenidos, y el desarrollo de las habilidades necesarias para transmitirlos de manera efectiva, usando eficientemente las herramientas educativas. Esta capacitación es parte del desarrollo del talento humano, que se llevará a cabo de manera presencial, o mediante el uso de guías sobre el desarrollo de las tareas educativas.

El Ministerio de Salud debe aceptar que el personal que se asigne a las Comarcas Indígenas debe tener una formación y unas características particulares. Debe exigir así mismo que las organizaciones que cumplan funciones de atención extra-institucional asignen personal con características especiales y lo formen en consecuencia con las circunstancias de interculturalidad en que tendrán que ejercer sus funciones y responsabilidades.

Un cambio de comportamiento y actitudes en los proveedores de salud no pueden solo basarse en el convencimiento sino que deben ser reforzados por algún tipo de estímulo o beneficio profesional o económico. El Ministerio debiera dar prioridad a los profesionales indígenas para trabajar en las Comarcas, pero aplicarles los mismos incentivos que se ofrecen a los no indígenas por trabajar en las mismas. El trabajo en las Comarcas Indígenas, por otro lado, debiera reconocerse en mayor nivel para efectos del escalafón profesional del servicio civil o en términos de méritos o tiempo para acceder a la jubilación. Por ejemplo, un año de trabajo en las Comarcas debiera contar como dos años de servicio para efectos de jubilación. El Ministerio pudiera estudiar estas posibilidades y formular y negociar políticas en este sentido.

Sobre las capacitaciones al personal de salud ver párrafo anterior en las “Herramientas de comunicación educativa”.

### **C. Audiencias, Prácticas, mensajes y medios de la estrategia**

Las siguientes Tablas muestran las audiencias, las prácticas esperadas por promover, y los mensajes y medios de comunicación necesarios propuestos para cada etapa del continuo de la atención materno-neonatal en el marco de los CONE.

Con relación a las audiencias es importante aclarar que la importancia de éstas varía de acuerdo al tema de la comunicación. Una audiencia puede ser importante para las decisiones sobre un tema pero ser no tan importante para las que se toman respecto a otro.

Estas tablas explican el enfoque que se aplicará en la comunicación, en sus diferentes modalidades, con los mensajes y materiales de que se debe disponer para tratar los temas en cada una de las etapas del continuo de atención en CONE, por parte de cualquiera de los proveedores de salud que tengan una intervención en dichas etapas. Los mensajes propuestos serán luego desglosados según cada medio de comunicación. La ejecución de las cuatro fases de la estrategia está explicada más adelante, incluyendo las actividades a desarrollar en cada una de ellas. Las audiencias, prácticas, mensajes y medios constituyen los insumos para ser aplicados en las acciones de comunicación que se desarrollen en dichas fases. Otras tablas desglosarán las diferentes herramientas de comunicación que se proponen para cada etapa del continuo de atención, con sus contenidos específicos, cantidades y repeticiones.

Los contenidos se exponen en las tablas de manera general para cada caso, pero los productores al preparar los materiales deberán determinar los mensajes y su distribución y presentación creativa de acuerdo a cada audiencia y a las características particulares de cada material. En estas tablas se propone solo el tipo de materiales y/o acciones de comunicación educativa. La intensidad y frecuencia de dichas actividades se detalla en el capítulo correspondiente a la operativización de esta estrategia.



**Tabla 1. ETAPA PRECONCEPCIONAL (comprende lo antenatal e internatal)**

AUDIENCIAS	PRACTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
<p><b>Primaria:</b> Mujeres y hombres en edad fértil, solos o en pareja</p>	<p>Buscar orientación y métodos modernos par tener control sobre su fertilidad en los servicios de salud.</p>	<p>- Los individuos y las parejas pueden tener el control sobre su fertilidad, decidiendo cuándo buscar un embarazo y cuántos hijos tener.</p>	<p>Promover los servicios de salud concretos relacionados a la oferta de orientación y métodos de PF</p>	<p>Dos cuñas radiales en idiomas nativos promoviendo la importancia de planificar el futuro.</p> <p>Un afiche enfocado a la pareja sobre la importancia de planificar juntos su futuro.</p>
<p><b>Secundaria:</b> Madres o suegras (dependiendo de si la sociedad es matrilocal o patrilocal u otra)</p>	<p>Retrasar el primer embarazo hasta estar preparados y que esperen al menos dos años antes de buscar un nuevo hijo/a</p> <p>Buscar orientación y métodos en los servicios de salud por parte de los jóvenes y adolescentes para evitar la concepción no deseada</p> <p>Las mujeres que planean quedar embarazadas (cuando están planeando su boda o cuando deciden</p>	<p>- La mujer y su pareja pueden elegir libremente y gratuitamente el método que prefieran de entre los que se les mostrarán y explicarán en los servicios de salud.</p> <p>- Los jóvenes deben tener seguridad y decisión antes de comenzar su vida sexual y deben protegerse de embarazos no deseados y de ETS.</p> <p>Las mujeres deben prepararse y estar seguras antes de embarazarse.</p>	<p>Presentar los diferentes métodos por parte de los proveedores.</p>	<p>Un rotafolio ilustrado sobre PF, exponiendo las opciones de métodos existentes.</p> <p>Folletos individuales sobre cada método anticonceptivo, para ser explicados y entregados en las consultas</p> <p>Un Banner mostrando una historia ilustrada, que se contaría en reuniones. Se capacitaría al personal de salud comunitario para facilitar y animar estas</p>

Tabla 1. ETAPA PRECONCEPCIONAL (comprende lo antenatal e internatal)				
AUDIENCIAS	PRACTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
	tener un hijo/a) acuden al servicio de salud para recibir la orientación, análisis y suplementos que aseguren un embarazo, parto y producto más seguros.	<p>El cuerpo de la mujer necesita prepararse para que cuando quede embarazada tenga un embarazo y un parto seguro y un bebé más saludable y fuerte.</p> <p>En los servicios de salud le harán análisis y le proporcionarán nutrientes, vitaminas y minerales para reforzar sus organismos para el embarazo.</p>		reuniones.
<b>Audiencias terciarias:</b> Las autoridades comarcales y la comunidad en general	Las autoridades comarcales avalan el tema de planificación familiar y anticoncepción para que se plantee libremente en sus comarcas.	La planificación familiar ayuda a la salud de la madre y los hijos/as al permitir que ambos se recuperen y fortalezcan antes de tenerse otro embarazo. La situación económica y la escasez de recursos obligan a planificar el crecimiento de la población. Por lo tanto, la planificación familiar debe ser un tema de importancia comarcal.	Presentar el tema a las autoridades locales.	Presentaciones con enfoque de “abogacía” sobre la importancia de la planificación familiar en las políticas de desarrollo de las comarcas indígenas, con razonamientos económicos y de salud. Alrededor de la presentación se debe provocar un abierto diálogo intercultural con ellos
<b>Audiencias</b>	Ofrecer consejería	Los contenidos sobre	Que los trabajadores de	Capacitación, presencia/ o a

**Tabla 1. ETAPA PRECONCEPCIONAL (comprende lo antenatal e internatal)**

<b>AUDIENCIAS</b>	<b>PRACTICAS</b>	<b>MENSAJES</b>	<b>OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL</b>	<b>MEDIOS Y MATERIALES</b>
<b>Complementarias:</b>  Los trabajadores de salud (voluntarios y empleados).	/orientación de manera efectiva y de calidad por parte de los trabajadores de salud.	anticoncepción y PF :  - Cómo identificar los métodos más convenientes para cada usuario/a o pareja  - Como manejar la orientación en anticoncepción y PF en el marco del respeto a las características culturales.  - Derechos sexuales y reproductivos  -Características, ventajas y contraindicaciones de cada método de PF  - Cómo usar de manera efectiva las herramientas educativas de PF  Contenidos sobre los servicios de salud para las mujeres antes del embarazo:  - Análisis que se hacen a la mujer y sus razones  - Medicamentos y nutrientes que se entregan a la mujer en esta etapa y sus beneficios en la salud y preparación del embarazo.	salud adquieran las competencias para orientar efectivamente en anticoncepción y PF y en cómo convencer a las mujeres y sus parejas de la importancia de buscar en los servicios de salud los análisis, vitaminas y minerales para preparar sus organismos para embarazos seguros.	distancia, de los trabajadores de salud en todas las normas y protocolos relacionados con la PF, así como en los análisis y demás servicios que se ofrecen a las mujeres para prevenir futuras complicaciones que pudieran aparecer en el embarazo por enfermedades de la mujer, y en los métodos de consejería y orientación, dialogo intercultural y uso de materiales educativos y láminas generadoras en la educación.

Tabla 1. ETAPA PRECONCEPCIONAL (comprende lo antenatal e internatal)				
AUDIENCIAS	PRACTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES

**Tabla 2: Etapa de Embarazo/Preparto**

Tabla 2. ETAPA DE EMBARAZO/PREPARTO				
AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
<p><b>Primaria:</b> Mujeres que se saben embarazadas (se reconocen precozmente)</p> <p><b>Secundaria:</b> Sus parejas y madres o suegras (dependiendo de si la sociedad es matrilocal o patrilocal u otra)</p>	<p>Asistir la mujer al servicio de salud en cuanto sospeche que está embarazada para confirmarlo (descartarlo) e iniciar controles prenatales</p> <p>Asistir la mujer embarazada al menos a 4 controles en el centro de salud durante su embarazo, de preferencia con su pareja o acompañante decisor.</p>	<p>- El control inmediato del embarazo evita que se cometan imprudencias que pudieran afectar a la mujer y al bebe por nacer.</p> <p>- La mujer que está embarazada debe seguir una serie de medidas de alimentación y cuidado para lo que necesita ser orientada en el servicio de salud</p> <p>- Todos los embarazos son diferentes. Porque el primero haya ido bien no significa que en los demás no puedan presentarse complicaciones.</p>	<p>Poder señalar cuándo la mujer embarazada tiene que ir al control en el servicio de salud y qué debe recibir como atenciones en el mismo.</p> <p>Que la mujer embarazada y su entorno familiar conozcan las medidas a tomar para un embarazo seguro</p>	<p>Estos contenidos/mensajes los desarrollará el asistente y/o promotor de salud en sus visitas y charlas de orientación a las mujeres embarazadas</p> <p>Banners con historias ilustradas sobre casos de embarazos que salieron bien porque las mujeres fueron al servicio de salud cuando se dieron cuenta de que estaban embarazadas y en los análisis descubrieron a tiempo potenciales problemas y pudieron solucionarlos antes de que afectaran a la mujer y</p>

**Tabla 2. ETAPA DE EMBARAZO/PREPARTO**

<b>AUDIENCIAS</b>	<b>PRÁCTICAS</b>	<b>MENSAJES</b>	<b>OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL</b>	<b>MEDIOS Y MATERIALES</b>
		<p>- El control puede asegurar que todo está bien en el momento o algunas veces detectar alguna complicación.</p>		<p>a su bebe por nacer. Estas historias, en forma de cuentos, se incorporarán en las conversaciones de los trabajadores de salud con las usuarias</p>
	<p>Completar el Plan de Parto por la mujer embarazada y su pareja o acompañante planeando todas las circunstancias que deberán tomar en cuenta cuando ocurra el parto.</p>	<p>- Hay que estar preparados para el momento del parto. De esa manera se evitan demoras que pueden significar peligros para la vida de la madre y el bebé por nacer.</p>	<p>Conocer, completar y tener listo el Plan de Parto como alternativa prevista de mejor atención del parto institucional o frente a signos de alarma. .</p>	<p>Afiche del Plan de Parto</p>
	<p>Identificar la mujer embarazada y su entorno familiar las señales de alarma del embarazo, parto o postparto y ante la</p>	<p>- Durante el embarazo, síntomas o signos de salud que parecían normales en otras circunstancias, como un dolor de cabeza, pueden ser señales de que algo no está bien y que la salud de</p>	<p>Reconocer las señales de alarma y asistir al servicio de salud más cercano sin demora ante la aparición de cualquiera de ellas</p>	<p>Afiche/calendario con las señales de alarma que la embarazada y su familia deben tener muy presentes. Aunque estas señales están ya en el afiche del Plan de Parto, se recomienda un material exclusivo para colocar en lugar visible de la casa.</p>

**Tabla 2. ETAPA DE EMBARAZO/PREPARTO**

<b>AUDIENCIAS</b>	<b>PRÁCTICAS</b>	<b>MENSAJES</b>	<b>OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL</b>	<b>MEDIOS Y MATERIALES</b>
	<p>presencia de cualquiera de ellas acuda al servicio de salud más cercano.</p> <p>Decidir la mujer embarazada y su pareja el espaciamiento del siguiente embarazo hasta al menos dos años después del presente parto.</p> <p>Seleccionar la mujer embarazada y su pareja un método de planificación familiar para el espaciamiento del próximo embarazo.</p> <p>Decidir la mujer embarazada dar lactancia exclusiva los primeros seis meses de vida del</p>	<p>la mujer o de la criatura por nacer puede estar en peligro.</p> <p>- La mujer necesita recuperarse por lo menos dos años de un embarazo y un parto, antes que su cuerpo este perfectamente preparado para el siguiente. Esperar dos años permite además que la criatura nacida pueda ser atendida y crecer mejor, y que cuando llegue el siguiente embarazo ya necesite menos atención y cuidado.</p> <p>La leche materna tiene todo lo que el recién nacido necesita para su alimentación durante los primeros seis meses, además de protegerlo de múltiples enfermedades</p>	<p>Decisión de la pareja de espaciar los embarazos.</p>	<p>Material didáctico en los servicios de salud sobre los métodos anticonceptivos más convenientes, sugerido en la etapa preconcepcional</p> <p>Acciones de consejería/orientación por parte del personal de salud de los niveles comunitarios.</p> <p>(En la presentación y discusión de la estrategia en las comarcas se decidirá, con la anuencia de las autoridades y las actuales organizaciones comunales, qué otras oportunidades de hacer llegar los mensajes se pueden aprovechar en la dinámica comunitaria)</p>

Tabla 2. ETAPA DE EMBARAZO/PREPARTO				
AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
	<p>bebé.</p> <p>Recibirá los materiales educativos que le sean entregados y los leerá y discutirá (o al menos los compartirá) con los miembros de su familia y de su red social.</p>			
<p><b>Audiencias terciarias:</b></p> <p>Médicos tradicionales, parteras y herbolarios y curanderos locales u otros agentes tradicionales según cada Comarca</p>	<p>Reconocer las señales de alarma en el embarazo, parto, postparto y aconsejar/apoyar a la embarazada que asista de inmediato al servicio de salud más cercano</p> <p>Promover el espaciamiento de embarazos y la planificación familiar y canalizar a las mujeres a la orientación de los</p>	<p>- Las parteras y agentes de salud tradicionales de la comarca son los aliados perfectos naturales del servicio de salud en la tarea de salvar vidas de mujeres y niños.</p>	<p>Orientar a sus pacientes sobre la búsqueda de atención en los servicios de salud ante la presencia de cualquiera de las señales de peligro</p>	<p>Los trabajadores de salud del nivel comunitario (asistentes y promotores) sostendrán encuentros con estas audiencias para incorporarlas a la promoción de las prácticas y orientarlas a que canalicen a las mujeres embarazadas a los servicios de salud.</p> <p>El mismo afiche con las señales de peligro, que se produzca para las mujeres embarazadas se facilitará a las parteras, médicos tradicionales u otros agentes</p>

Tabla 2. ETAPA DE EMBARAZO/PREPARTO				
AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
	<p>servicios de salud sobre este tema.</p> <p>Promover la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida del bebé.</p>			<p>tradicionales de salud de las comarcas.</p> <p>Material educativo de planificación familiar como el que usen los trabajadores de salud.</p> <p>Capacitación sobre el uso de los materiales educativos.</p> <p>Revisar e Identificar nuevos, pertinentes y mejores momentos tácticos operacionales locales en cada comarca para aplicar los materiales y medios, basados en otros espacios de encuentro naturales de estas audiencias no utilizados hasta la fecha.</p>



**Tabla 2. ETAPA DE EMBARAZO/PREPARTO**

AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
<b>Audiencias complementarias:</b> Autoridades comarcales y comunales; comités de salud.	<p>Reconocer las autoridades locales las señales de alarma y apoyar a la mujer embarazada y su pareja o familia en el traslado al servicio de salud más cercano.</p> <p>Promover la asistencia a los controles y apoyar a las embarazadas para que puedan asistir a los mismos.</p>	<p>Señales de alarma durante el embarazo y que debe acudir la mujer al servicio de salud de inmediato en estos casos</p> <p>Cómo las autoridades locales y los Comités de Salud deben apoyar a las mujeres embarazadas para atender los controles, evitar las demoras y tener su parto en las instalaciones de salud.</p>	<p>Analizar las situaciones de salud desde el punto de vista de las comarcas indígenas</p>	<p>Afiche de señales de alarma.</p> <p>Reuniones para acuerdos sobre las responsabilidades de las autoridades locales y los Comités de Salud en apoyar a las embarazadas en la asistencia a los controles y la atención institucional del parto. (En los planes de implementación en cada comarca se pueden identificar con las autoridades otros momentos y medios).</p>
Trabajadores de salud	Atender a la mujer y su pareja con respeto, en el marco del diálogo intercultural, y orientarla sobre el cuidado de la mujer embarazada y las opciones para espaciar los embarazos	<p>Técnicas de orientación y consejería en el marco del diálogo intercultural</p> <p>Los contenidos sobre anticoncepción y PF :</p> <p>- Cómo identificar los métodos más convenientes para cada usuario/a o pareja</p>	Poder orientar efectivamente a las mujeres embarazadas y sus familias, y convencerlas de acudir a los cuatro controles de embarazo.	Capacitaciones, presenciales o a distancia sobre las normas y procedimientos de esta etapa del continuo de atención, y en las técnicas para dar orientación y consejería efectivas, y el uso de los materiales y ayudas didácticas que se preparen para reforzar la educación de

Tabla 2. ETAPA DE EMBARAZO/PREPARTO				
AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como manejar la orientación en anticoncepción y PF en el marco del respeto a las características culturales.</li> <li>- Derechos sexuales y reproductivos</li> <li>-Características, ventajas y contraindicaciones de cada método de PF</li> <li>- Cómo usar de manera efectiva las herramientas educativas de PF.</li> </ul> <p>Contenidos sobre los servicios de salud para las mujeres durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis que se hacen a la mujer y sus razones</li> <li>- Cuidados de la mujer embarazada</li> <li>-Medicamentos y nutrientes que se entregan a la mujer en esta etapa y sus beneficios.</li> <li>- Lactancia materna exclusiva</li> </ul>		las audiencias.



**Tabla 3: Etapa de Parto**

Tabla 3. ETAPA DE PARTO				
AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
<p><b>Audiencia Primaria:</b> Parturientas y sus parejas y entorno familiar cercano.</p>	<p>Decidir dar su parto en las instalaciones de salud CONE Básico.</p> <p>Identificar las señales de alarma que indican que algo anda mal en el embarazo, parto, postparto y acudir sin demora al servicio de salud más cercano.</p> <p>Acudir al Albergue Materno o CAM a ser atendidas y pasar su posparto inmediato</p> <p>Coordinar con las autoridades comunales el cumplimiento del Plan de Parto.</p> <p>Exigir que le sea puesto su hijo/a al pecho nada más al nacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El parto en las instalaciones de salud es mucho más seguro para la madre y para el bebé</li> <li>- Dónde van a dar el parto y cómo se cumplirán las previsiones y acciones de su Plan de Parto.</li> <li>- Qué tipo de intervención van a tener y, si fuera el caso de adicionales, las razones para necesitarlas.</li> <li>- De ser el caso: dónde son referidas, por qué, cuándo y cómo regresarán a su comunidad.</li> <li>- Cómo gestionar un apoyo en los servicios sociales en caso de ser referidas y necesitar</li> </ul>	<p>Provocar la reflexión sobre historias reales de partos y capacitar y motivar a los trabajadores de salud sobre diálogo intercultural.</p>	<p>Los especialistas de salud y promotores, en sus visitas a las embarazadas de sus áreas de influencia (ver descripción de las fases de ejecución de la estrategia) transmitirán los mensajes correspondientes y usaran las herramientas educativas que se prepararán para la estrategia.</p> <p>Historias ilustradas de partos exitosos como producto de una buena planificación y de partos con resultados no tan exitosos como resultado de no planificar. Estas historias serán contadas por el personal de salud y los promotores, ayudándose de las ilustraciones, para reforzar su orientación y convencer de las ventajas del parto institucional.</p>

Tabla 3. ETAPA DE PARTO				
AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
		<p>ayuda para regresar a sus hogares.</p> <p>Su derecho a dar el parto en la postura que más fácil le resulte.</p> <p>La importancia del apego temprano.</p>		
<b>Audiencias Secundarias:</b> Parteras	Fomentar el parto institucional y canalicen a las madres al mismo.	El parto institucional es mucho más seguro.	Reconocer, por parte de las mujeres, el valor de seguridad que ofrece el parto institucional.	Capacitaciones, incentivos, incorporación de las parteras en los partos institucionales en apoyo al personal médico.
<b>Audiencias Terciarias:</b> Autoridades comunales y miembros de los Comités de Salud de las comunidades.	Apoyar a la mujer con lo que necesite para ir sin demora a los servicios de salud para atender su parto.	- Una vez que la mujer presenta los síntomas /signos de trabajo de parto, no hay que esperar pues una demora en que sea atendida puede representar la muerte para ella o el bebé que está por	Analizar los intereses de las comarcas en salud y en cómo manejar este tipo de situaciones sin demora.	Diálogos interculturales. Presentaciones por parte del personal de salud (asistentes y promotores, enfermeras y médicos) de la importancia del parto institucional y el papel de las autoridades

Tabla 3. ETAPA DE PARTO				
AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
		nacer.		locales en apoyar a las parturientas a acceder a los servicios de salud sin demora.
<b>Audiencias Complementarias:</b> Trabajadores de salud	<p>Tratar a la mujer parturienta de acuerdo a lo establecido previamente en el Plan de Parto y en base al respeto y el diálogo intercultural y aceptar cómo la mujer quiera tener su parto; salvo hubieran complicaciones en la evolución que ameritan priorizar el protocolo de atención médica.</p> <p>Respetar a la parturienta con un buen trato en el marco del diálogo intercultural.</p> <p>Contar con alguien que hable el idioma de la parturienta en el equipo de atención del parto.</p> <p>Permitir el acompañamiento a la parturienta de su partera o miembros de la familia</p>	<p>Normas CONE y todo lo relacionado con la atención del parto en el marco del diálogo intercultural</p>	<p>Comprender cómo percibe la comunidad indígena a los trabajadores de salud en su entorno laboral.</p>	<p>Capacitaciones en CONE y en calidad de la atención y el conocimiento y aplicación de las normas correspondientes para la atención del parto.</p> <p>Capacitaciones en los aspectos culturales del parto en cada comarca. Por ejemplo, la importancia para los Gunas de reconocer si el recién nacido tiene cualidades especiales y será un Nele, o el entierro de la placenta etc. etc.</p>

Tabla 3. ETAPA DE PARTO				
AUDIENCIAS	PRÁCTICAS	MENSAJES	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
	<p>siempre que sea posible y sin arriesgar la asepsia / bioseguridad de su trabajo.</p> <p>Aplicar el apego temprano una vez que ha nacido el bebé y esperar a que termine de latir antes de cortar el cordón umbilical.</p> <p>Aplicar el método anticonceptivo que haya seleccionado la pareja, si es el momento pertinente adecuado.</p>			

**Tabla 4: Etapa de Postparto/Puerperio**

Tabla 4. ETAPA DE POSTPARTO/PUERPERIO				
AUDIENCIA	PRÁCTICA	MENSAJE	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
<p><b>Primaria</b></p> <p>Mujeres que acaban de tener su parto</p> <p><b>Secundaria</b></p>	Comenzar a lactar desde el primer momento después del parto	- La leche materna es el único líquido y alimento que el bebé necesita para crecer y estar protegido de enfermedades durante los primeros seis meses de	Adoptar, por parte de las mujeres, la lactancia materna exclusiva desde el momento del parto y que mantengan esta	Consejería y orientación con folletos sobre lactancia materna exclusiva y señales de alarma de ella y el neonato para que los lleve como recordatorio.

**Tabla 4. ETAPA DE POSTPARTO/PUERPERIO**

<b>AUDIENCIA</b>	<b>PRÁCTICA</b>	<b>MENSAJE</b>	<b>OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL</b>	<b>MEDIOS Y MATERIALES</b>
Suegras o madres (según sea la sociedad matrilocal o patrilocal u otra)	<p>Hacer uso de los Albergues Maternos o las CAMs.</p> <p>Atenderse el primer control de postparto para las revisiones de ella y el neonato</p> <p>Reconocer las señales de alarma en ella o el neonato y acudir a un servicio de salud ante la aparición de cualquiera de ellas.</p> <p>Seguir los consejos del personal de salud sobre los cuidados del puerperio</p> <p>Saber, si lo requiere, cómo pedir apoyo a los servicios sociales de las instalaciones de salud a las que haya sido referida.</p>	<p>vida.</p> <p>- El calostro es la parte de la leche más importante pues refuerza su sistema inmunológico y lo protege de enfermedades.</p> <p>-Orientación que resuelva todas sus dudas alrededor de sus capacidades para amamantar de manera exclusiva los seis primeros meses.</p> <p>- Los Signos o Señales de alarma en ella o el neonato en el puerperio.</p> <p>-Derecho a la atención calificada postparto para ella y el RN</p>	práctica de manera sostenible.	Organización de mujeres lactantes como grupo de apoyo en la organización comarcal



Tabla 4. ETAPA DE POSTPARTO/PUERPERIO				
AUDIENCIA	PRÁCTICA	MENSAJE	OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL	MEDIOS Y MATERIALES
	<p>Asegurar la selección del método con que espaciará su siguiente embarazo.</p> <p>Que reciba y lea los materiales educativos que le proporcione el personal de salud con las medidas para su cuidado y el de su criatura.</p>			
<p><b>Audiencia Terciaria:</b> Trabajadores de salud</p>	<p>Dar a la recién parida toda la información y orientación sobre lactancia materna exclusiva.</p> <p>Promover los métodos de planificación familiar para espaciar el siguiente embarazo no menos de dos años.</p> <p>Dar a la mujer y su familia la información y orientación sobre los</p>	<p>Toda la información sobre lactancia materna exitosa y cómo promoverla.</p> <p>Toda la información sobre planificación familiar y como promoverla.</p> <p>Los Signos o Señales de alarma en ella o el neonato en el puerperio, como proceder y la vigencia del plan de parto.</p>	<p>Responder, por parte de los trabajadores de salud, a cualquier duda de las mujeres sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva, PF, o sobre su cuidado y/o del RN.</p>	<p>Capacitaciones en los temas correspondientes de CONE y PF.</p> <p>Herramientas educativas para reforzar la orientación a las audiencias y materiales gráficos para entregar a las mismas después de la orientación.</p>

**Tabla 4. ETAPA DE POSTPARTO/PUERPERIO**

<b>AUDIENCIA</b>	<b>PRÁCTICA</b>	<b>MENSAJE</b>	<b>OBJETIVO DEL MEDIO/MATERIAL</b>	<b>MEDIOS Y MATERIALES</b>
	<p>signos de alarma en el postparto de la mujer y del RN; y cómo proceder – solicitar atención de inmediato (vigencia del Plan de parto).</p> <p>Dar seguimiento a la puérpera en su comunidad para asegurar el cumplimiento de las recomendaciones.</p> <p>Proporcionar a la recién parida los medicamentos y suplementos según las normas.</p> <p>Usar los materiales de educación que se le proporcionen para educar a la mujer y su pareja en el cuidado de ella y su criatura durante el puerperio.</p>			

## VI. Desarrollo y ejecución de la Estrategia

---

Como se explica en el marco conceptual, el desarrollo de la Estrategia tiene lugar en base a los cinco pasos del modelo de mercadeo social: a) la investigación de los actuales conocimientos, actitudes y prácticas de la población objetivo; b) la formulación de la estrategia sobre la base de los resultados de la investigación y diseño de los materiales educativos a utilizarse en la misma; c) la validación de la estrategia y los materiales preparados para la misma; d) la implementación de la estrategia y la aplicación de los materiales educativos preparados, y e) el monitoreo de la ejecución de la estrategia y la evaluación de su impacto en los momentos que se determine.

### A. La investigación de los conocimientos, actitudes y Prácticas de la población objetivo

El punto de partida son los resultados del diagnóstico documental y la investigación de campo<sup>15</sup> llevados a cabo sobre los conocimientos, percepciones, actitudes y Prácticas actuales relacionadas con el uso de los servicios de salud para la atención de los asuntos de embarazo, maternidad y planificación familiar.

#### *Hallazgos relevantes del diagnóstico de conocimientos, percepciones, actitudes y Prácticas actuales*

Los hallazgos más relevantes de la investigación de campo indican que dos de los factores determinantes que lleva a las mujeres actualmente a prescindir de la atención de los servicios de salud es el desconocimiento de algunas señales de alarma respecto a ciertos síntomas /signos, y la percepción de una limitada respuesta de los servicios de salud a sus necesidades.

Por otro lado, el análisis documental y la investigación de campo encontraron algunas diferencias en las percepciones en las tres comarcas indígenas sobre la enfermedad, sus síntomas o signos y las actitudes respecto a demandar atención en los servicios de salud. Sin embargo, los objetivos de salud son comunes a las tres comarcas y las prácticas mejoradas de salud que se quiere que adopten son prácticamente las mismas, y responden al logro de los mismos indicadores. Por lo anterior, **el enfoque de la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas de salud es el mismo para las tres comarcas.**

Las **particularidades individuales de cada comarca** respecto a percepciones de señales de riesgo a tomar en cuenta durante el embarazo, el parto y el puerperio, sus síntomas/signos, y las actitudes sobre la búsqueda de atención en los servicios de salud se tendrán en cuenta en la elaboración de los mensajes y materiales para cada una de las comarcas. Si bien las estrategias, prácticas y mensajes que se proponen son comunes para las tres comarcas, por otro lado, la presentación y promoción en los mensajes y materiales de comunicación se adaptará a las percepciones y actitudes particulares de cada una de ellas, así como a sus idiomas en el caso de los materiales de audio, y a sus características físicas y culturales en el caso de materiales gráficos y visuales.

Otras conclusiones relevantes del diagnóstico son:

---

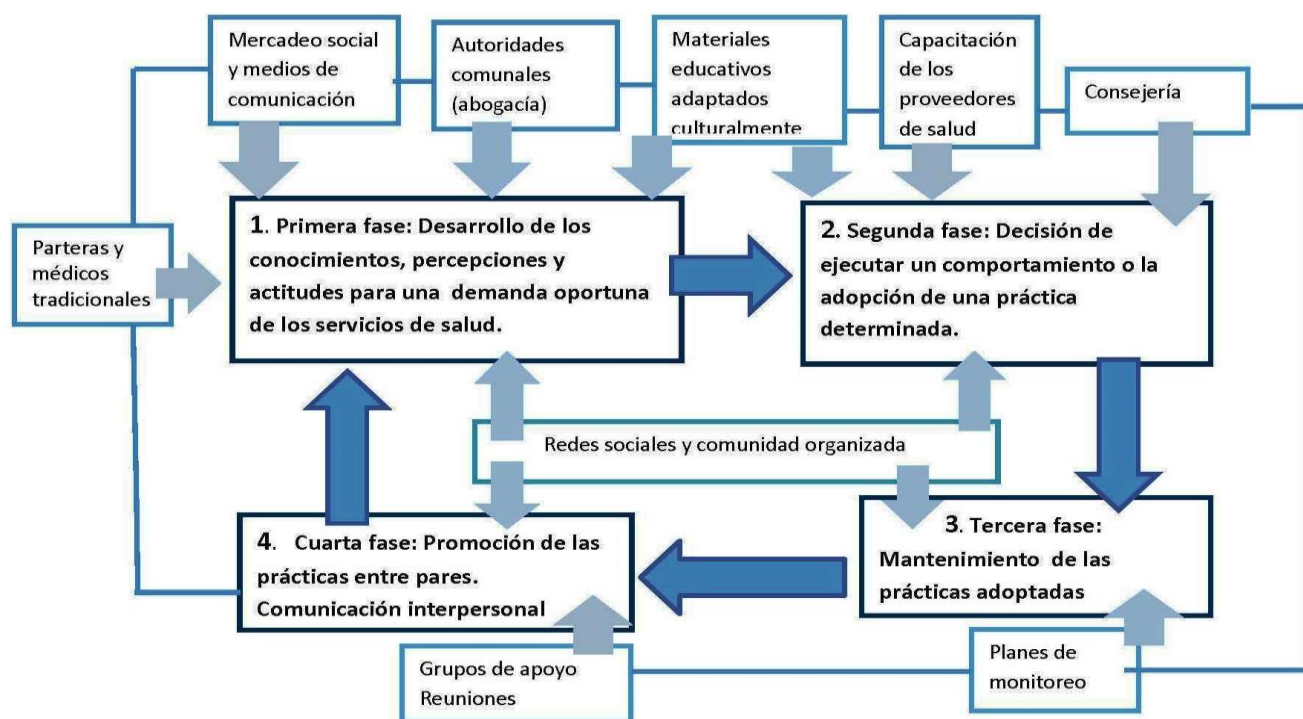
15 Ministerio de Salud de Panamá, Salud Mesoamérica 2015 (2013): "Producto intermedio P3-07 1-2-3: Diagnóstico Participativo; Análisis de las percepciones de actitudes, Prácticas y conocimientos; Identificación de modificaciones a las Prácticas". (Inédito, documento en revisión).

- La percepción general de la población sobre la búsqueda de atención en los servicios de salud se enfoca principalmente al proceso curativo y no existe una percepción clara de su papel en la prevención. Esto afecta a todos aquellos aspectos relacionados con la demanda de medicina preventiva.
- La percepción de la importancia de ciertos síntomas o señales de peligro que debieran ser atendidos en los servicios de salud varía entre las comarcas pero, en general, es muy baja. Este aspecto merece especial atención porque si durante el embarazo hay síntomas / signos que la población no considera suficientemente importantes como para acudir a los servicios de salud, no los tratará, o buscará soluciones con fuentes alternativas, poniendo en peligro la vida de la mujer embarazada y su producto .
- La percepción de la capacidad de los servicios de salud para la atención de los partos es alta y uniforme en las comarcas, pero no concuerda con la preferencia por una atención en el hogar, especialmente después del primero. Esto al parecer ocurre porque si el primer parto ha ido bien, se considera que la mujer no tendrá problemas en los siguientes. Este es otro factor que merece atención, pues los problemas pueden ocurrir en cualquiera de los partos.
- En la mayoría de los casos, el parto suele llegar sin que la mujer embarazada y la familia tengan un plan elaborado para enfrentar lo que aquél conlleva. En consecuencia, se producen demoras en la búsqueda de atención institucional y, en ocasiones el parto se produce en el domicilio aunque inicialmente la intención hubiera sido que tuviera lugar en los servicios de salud.
- Una barrera muy importante para el uso de los servicios de salud, sobre todo en casos de complicaciones en el embarazo y el parto, es el proceso de referencia y retorno. Si las mujeres tienen que ser remitidas a una instalación de salud fuera de donde viven, enfrentan su problema en soledad debido a que nadie de su familia puede acompañarles por motivo del costo (económico, de productividad y de preocupación por no tener con quien dejar sus otros hijos o sus bienes) del traslado y estadía fuera de la comunidad.
- El tema de la planificación familiar varía entre las comarcas; si bien los entrevistados coinciden en que se trata de una decisión de pareja. Hay una preocupación general por limitar el número de hijos en la pareja, principalmente por razones económicas, con recursos cada vez más limitados. Lo que varía es la forma en que cada comarca enfrenta este tema.
- La percepción es que debería retrasarse la formación de las parejas y el comienzo de la maternidad. Sin embargo, suele ser visto como normal el comienzo temprano de la vida en común y la maternidad una vez que se ha formado la pareja.
- Los métodos de planificación familiar más mencionados fueron el condón, inyección y pastillas; no se mencionaron las operaciones de la mujer o del hombre. Se planifica además con medicina tradicional, y en las tres comarcas se habla del uso de “métodos naturales” y “control del cuerpo”. Si bien no está claro a qué se refieren estos conceptos, parecen referirse a una combinación de preparados naturales de hierbas (como en el caso de Guna Yala) con la práctica del ritmo, la abstinencia y la interrupción del coito.
- Se confirmó lo estudiado sobre las redes sociales y su papel en la toma de decisiones alrededor de eventos relacionados con el embarazo, el parto, y el puerperio.
- La organización de las comunidades alrededor de los temas de salud influye en que la mujer embarazada pueda solventar algunas barreras que dificultan su acceso a los servicios de salud. Sin embargo, es necesario reforzar las organizaciones comunales para este fin.
- Para más detalles o profundizar estos aspectos del diagnóstico revisar: “Producto intermedio P3-07 PI 1-2-3: Diagnóstico Participativo; Análisis de las percepciones de actitudes, Prácticas y conocimientos; Identificación de modificaciones a las Prácticas”.

## B. Diseño de la Estrategia

La Estrategia de Cambio de Comportamientos propuesta consta de cuatro fases. Estas fases son interdependientes pero con audiencias, canales y materiales de comunicación educativa específicos para cada etapa del continuo de la atención materno-neonatal y planificación familiar en el marco de los CONE.

**Figura 5: Fases de la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas de Salud**



En líneas generales, la estrategia tiene cuatro fases secuenciales. En la primera fase se desarrollan todos los conocimientos, percepciones y actitudes para una demanda oportuna de los servicios de salud. En esta fase, las audiencias aprenderán sobre las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio y las ventajas de la PF, influenciados por medios de comunicación, los trabajadores de salud del nivel comunitario con las herramientas educativas correspondientes, las autoridades, parteras y médicos tradicionales y la influencia de los actores de sus redes sociales. La segunda fase corresponde a la adopción del comportamiento y la demanda y recepción de atención, la que se recibe por personal capacitado y con las competencias y las herramientas educativas para brindar esa atención de calidad. La tercera fase corresponde al seguimiento por parte del personal de salud comunitario de las prácticas adoptadas, asegurándose que la mujer cumple todo el proceso de atención hasta tener un parto exitoso y regresar a su comunidad satisfecha de la atención recibida y capacitada para cuidar de su recién nacido/a. En la cuarta fase, las mujeres que han experimentado la exitosa experiencia de una atención completa en el marco de CONE, se convierten a su vez en multiplicadoras de los mensajes sobre las prácticas, avaladas por sus propias experiencias exitosas, integrándose en las redes sociales de las mujeres en edad fértil para influenciar positivamente en las mismas sobre las mejores decisiones para su salud y las de sus hijos/as.

## C. Implementación de la Estrategia

La operativización de la estrategia de cambio de comportamientos y adopción de prácticas en salud se desarrollará sobre la base de planes operativos especialmente preparados con la participación de organizaciones locales y líderes de las Comarcas Indígenas. Cada plan ofrecerá la ruta de implementación de cada fase de la estrategia, así como las acciones principales que se ejecutarán en cada una de ellas. La Estrategia y los planes de implementación serán presentados por el MINSA a las autoridades comarcales utilizando los mecanismos establecidos (congresos generales y regionales) o espacios naturales comarcales de decisión.

Los ámbitos de implementación de la Estrategia son la comunidad y la micro-red de salud de los diversos niveles de CONE, en coordinación y articulación con los gobiernos locales o comarcales.

La presente estrategia de cambio de comportamiento aplicará medios y métodos tradicionales y no tradicionales de comunicación para transmitir a las audiencias meta los conocimientos, en forma de mensajes adaptados, que motivarán a la acción y adopción de las prácticas propuestas. Para ello, si bien los materiales se van a producir de manera centralizada con un enfoque intercultural, cada comarca tendrá los suyos particulares, siempre en base a la propuesta creativa y gráfica, así como los mensajes, comportamientos y entornos correspondientes a cada etapa del continuo de atención materno neonatal.

La ejecución de la estrategia se basa en tres pilares fundamentales: 1) el convencimiento de las audiencias primarias, en este caso las mujeres en edad fértil, sobre las prácticas en el cuidado del embarazo, el parto, el puerperio y la PF, buscando de manera oportuna la atención de los servicios de salud y evitando las demoras en dicha atención que pongan en peligro la salud de la mujer y su producto; 2) la organización de la comunidad y las redes sociales de la mujer para apoyar a ésta en la búsqueda oportuna de los servicios de salud, superando las barreras actuales para acceder a los mismos; y 3) el personal de salud capacitado y consciente para ofrecer un servicio de calidad tanto en la orientación y labores de educación como en la provisión de los servicios que llenen las expectativas de las audiencias.

Convencer a las audiencias sobre las prácticas en el cuidado del embarazo, el parto, el puerperio y la PF se basa en la capacidad de los trabajadores de salud de orientar, por medio de la comunicación directa, con el apoyo de herramientas educativas adaptadas culturalmente, sobre la conveniencia de las prácticas propuestas y las ventajas de la atención especializada en las instalaciones de salud, para una mayor seguridad de la mujer y su producto en el desarrollo del embarazo, el parto y el puerperio.

Las acciones de comunicación en el marco de esta estrategia son de dos tipos: las referentes a las **oportunidades educativas** y las **charlas y actividades programadas**. Las primeras se basan en los contactos entre el personal de salud de todos los niveles y la población meta. Todo contacto del personal de salud con la población beneficiaria de la estrategia CONE, es una oportunidad educativa en la que se puede transmitir un mensaje y una orientación que refuerce los objetivos de CONE de acuerdo a las tablas de audiencias y mensajes que se presentaron anteriormente para las diferentes etapas del ciclo de atención materno-neonatal. Paralelamente están las oportunidades que ofrecen las **charlas y actividades programadas** en las que las audiencias son invitadas o convocadas a reuniones o presentaciones para recibir una información de su interés. Estas oportunidades programadas se desarrollan de acuerdo a un plan previamente preparado y consensuado.

En ambos tipos de oportunidades educativas se desarrollarán y explicarán los mensajes que se proponen en las tablas anteriores, de acuerdo a las audiencias y las etapas de atención. En dichas oportunidades educativas se deberá contar con las ayudas audiovisuales, las herramientas o materiales educativos, que

refuercen la orientación y la hagan más efectiva en transmitir y en lo posible convencer a las audiencias del valor de las prácticas propuestas. Estos materiales se prepararán para la población beneficiaria, a quien se le explicarán los contenidos y se les entregaran después para que puedan consultarlos, compartirlos con sus parejas o entornos familiares o miembros de sus redes sociales, o simplemente que puedan recordar esos contenidos cuando lo necesiten o deseen.

La organización de la comunidad para apoyar a las mujeres convencidas y sus parejas en la búsqueda de atención en los servicios de salud es fundamental para que la disposición a la práctica se traduzca en la ejecución de la misma. Esta organización se basa en la anuencia de las autoridades locales y su conciencia de su responsabilidad en el mejoramiento de la situación de salud en las comarcas indígenas. La intención de adoptar una práctica y la constancia en su aplicación dependen además en gran medida de la aprobación social de la misma.

Finalmente, la recepción de una atención de calidad es fundamental para que quienes adoptan la práctica y buscan los servicios de salud obtengan lo que buscaban y se motiven a repetir esa práctica y hasta a promoverla entre sus pares.

### **Ejecución de las diferentes fases de la Estrategia**

Las fases secuenciales en que se ha dividido la estrategia explican su enfoque metodológico. Sin embargo, las cuatro fases actúan de manera integrada, interviniendo al mismo tiempo sobre todas las etapas del continuo de atención según el nivel de atención al que acceden en un determinado momento (CONE Ambulatorio, Básico, etc.) y cada audiencia objetivo. Del mismo modo, todos los medios de comunicación propuestos actúan de manera integrada, de manera que las audiencias estarán expuestas tanto a las visitas y charlas de los promotores y asistentes de salud, como a los materiales y herramientas educativas que se proponen para transmitir los mensajes y conseguir su retentiva por parte de las audiencias.

La estrategia sigue este simple razonamiento en el uso de los medios de comunicación y las labores de promoción y educación interpersonal:

- a) Los asistentes de salud a nivel de CONE Ambulatorio y CONE Básico y el personal voluntario de salud de las comunidades, desarrollarán acciones encaminadas a canalizar la demanda de las mujeres embarazadas hacia los servicios de salud, enfatizando la seguridad del parto institucional y dando a conocer las señales de alarma durante el embarazo, el parto y el postparto que necesitan una atención inmediata en los servicios de salud. Para ello se apoyarán en las autoridades comunales, los agentes tradicionales de salud y las organizaciones de base comunitarias, de manera que la demanda de atención sea oportuna y supere las barreras físicas y económicas correspondientes, evitándose la primera, segunda y tercera demora.
- b) El personal de las instalaciones y servicios de salud ofrece a las usuarias que demandan los servicios una atención de calidad, oportuna y que evite la cuarta demora. Además, el personal ofrecerá a las usuarias orientación reforzada con materiales educativos para uso propio y consulta cuando lo requieran para recordar los consejos recibidos.
- c) Los asistentes de salud y promotores dan seguimiento a las usuarias que hubieren asistido a los servicios de salud para asegurarse del éxito y la sostenibilidad real de la práctica, así como de que las mujeres estén siguiendo las orientaciones recibidas.
- d) Una vez se tenga un grupo de usuarias satisfechas, apoyarles para asumir un nuevo rol de promotoras de las ventajas de la atención en los servicios de salud mediante la transmisión de sus experiencias

positivas a las demás mujeres de la comunidad.

A continuación se exponen las fases del desarrollo de la estrategia de acuerdo al modelo propuesto:

**Fase preparatoria de la ejecución de las actividades de la estrategia en el campo.**

Esta fase sentará las bases de la ejecución de la estrategia en el campo, y requiere de las siguientes actividades:

- **Conformar los equipos responsables de la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud a nivel central y a nivel de campo.** Para la ejecución de la estrategia, la producción de los materiales y herramientas educativas, y de las acciones que resulten de dicha ejecución, el MINSA conformará un equipo responsable con representantes de las diferentes direcciones. Se sugiere que la Dirección General de Promoción de la Salud lidere este equipo. Se conformarán los equipos responsables a nivel de las regiones y se asignarán funciones al personal de salud para la ejecución de las acciones derivadas de esta estrategia.
- **Selección de comunidades priorizadas para iniciar la aplicación de la estrategia.** Estas comunidades se sugiere que sean las mismas que se seleccionen para la implementación del Plan de Parto, puesto que éste es una parte importante de las prácticas de salud que se deben transferir.
- **La capacitación sobre la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud,** y el uso de técnicas como la orientación y consejería presencial en las etapas del continuo de atención, y de los materiales educativos y de comunicación preparados para la ejecución de la misma. El propósito de esta capacitación será explicar las actividades propuestas en las diferentes fases de ejecución de la estrategia y el uso eficiente de los materiales educativos que se emplearán en las mismas.

Los temas de la capacitación incluirán técnicas de comunicación y consejería, interculturalidad, uso de materiales educativos y ayudas didácticas.

Todas las herramientas propuestas para la implementación de la estrategia (ver las tablas correspondientes) irán acompañadas de la capacitación del personal de salud en su uso eficiente con las usuarias.

**Primera fase: Transferencia de los conocimientos y desarrollo de las percepciones y actitudes para una demanda oportuna de los servicios de salud.**

Esta fase constituye el fundamento de la estrategia y se ejecuta fundamentalmente a nivel de la comunidad, construyendo la base comunitaria que cree la conciencia y canalice la demanda hacia los servicios de salud. Se desarrolla en el marco del CONE Ambulatorio (comunitario e institucional). Para el buen funcionamiento del CONE Ambulatorio es fundamental el desarrollo y afianzamiento de una base comunitaria que apoye a la mujer embarazada y facilite su acceso a una atención de calidad en las diferentes etapas del continuo de la atención (preconcepcional, embarazo, parto etc.). Esta primera fase se integra con la estrategia de Plan de Parto pues comparten los mismos objetivos, las mismas audiencias y los mismos mecanismos de aplicación.

Parte de la conciencia y organización de la comunidad para empoderar a las mujeres en el monitoreo personal de sus embarazos, asistiendo a los controles correspondientes, y reconociendo cualquiera de las señales de peligro que puedan implicar complicaciones que ameriten la atención a niveles superiores del CONE. Su función final será canalizar de manera inmediata la atención de los partos a los centros de salud con camas (CONE Básico) , atendiendo solo aquellos partos inminentes inevitables que no evidencien complicaciones para referirlos inmediatamente después al CONE Básico referencial.



El propósito en esta fase es desarrollar la intención de las mujeres en edad fértil, embarazadas, en parto, y puerperio, como de sus familias, de asistir a los servicios de salud como primera opción para atender sus necesidades de salud, especialmente relacionadas con el embarazo, la maternidad y la anticoncepción.

Esta fase se enfoca fundamentalmente a **acortar o eliminar la primera y segunda demora** en el acceso a los servicios de salud para atención del parto, o de las señales de peligro asociadas con las complicaciones del embarazo, parto, puerperio y de los recién nacidos y la decisión de acudir de inmediato a un servicio de salud para recibir atención oportuna y segura.

Concretamente, las acciones de esta fase se encaminarán a:

- Promover los servicios de salud como los más adecuados para responder a las necesidades de atención en salud materna neonatal.
- Dar a conocer aquellos síntomas y señales de peligro en las mujeres y en los recién nacidos que ameritan buscar inmediatamente los servicios de salud.
- Promover la importancia del parto institucional.
- Promover los servicios de anticoncepción y planificación familiar.

En esta fase, los elementos fundamentales son:

- **Las autoridades**, involucradas desde el inicio para que avalen todo el proceso y respalden los mensajes que proponen las Prácticas a seguir.
- **El personal de salud a nivel de la comunidad**, tanto voluntarios como trabajadores del Ministerio. Especial papel tiene el Comité Comunitario del Plan de Parto y traslado (CCPPT) creado en el marco del Plan de Parto, y que, apoyando al asistente de salud del puesto de salud, puede tomar el liderazgo de la ejecución de esta primera fase de la estrategia.
- **Los medios de comunicación masiva (radios u otros pertinentes) en las comarcas**, que diseminen ampliamente los mensajes de promoción, permitiendo a las mujeres y sus familias reconocer aquellas señales de alarma que ameritan asistir rápidamente a los servicios de salud.
- **Las parteras y médicos tradicionales u otros agentes tradicionales de salud**, por lo general primer punto de consulta de las mujeres y parte influyente de las redes sociales, serán los responsables de promover y aconsejar a las mujeres el uso de los servicios de salud.
- **Las experiencias personales o las de cualquiera de las personas de la red social del individuo** son determinantes para la creación o potenciamiento de la motivación en las mujeres en edad fértil a actuar.

La siguiente tabla describe en mayor detalle la ejecución de las actividades de esta fase y los responsables de las mismas.

**Tabla 5. PRIMERA FASE. NIVEL DE LA COMUNIDAD**

Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales
<p>Equipo Comunitario de Plan de Parto.</p> <p>Personal de salud de la comunidad (Promotores y Asistentes de salud), con el apoyo de los/as voluntarios/as de salud de la comunidad.</p>	<p><b>1. Desarrollo de Abogacía</b></p> <p>Presentación al Comité de Salud, las autoridades comunales, las parteras, médicos tradicionales y voluntarios de salud de la comunidad sobre las causas de mortalidad materna e infantil relacionadas con la atención inadecuada del embarazo y el parto, las demoras y sus consecuencias, y las medidas y actividades que propone la estrategia.</p>	<p>Dar inicio a la ejecución de la estrategia, en el marco de CONE, con conocimiento y acuerdo de la comunidad.</p> <p>Definir con la comunidad el nivel de responsabilidad en asegurar la disminución de muertes maternas y neonatales por medio de la aplicación de las acciones propuestas en la estrategia y en la aplicación de la estrategia de cambio de comportamiento a nivel de la comunidad.</p> <p>Establecer con la comunidad y sus autoridades los compromisos, mecanismos y procedimientos para apoyar a las embarazadas y sus familias para que reciban la atención segura y oportuna durante el embarazo, el parto y el puerperio.</p>	<p>-Una presentación ya preparada sobre las principales causas de la mortalidad materna e infantil relacionada con complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Énfasis en las demoras para la atención y en la responsabilidad individual y comunal en evitar o acortar esas demoras. Esta presentación la usarán los trabajadores de salud para motivar a las autoridades comarcales e involucrarlas en el apoyo a los objetivos de la estrategia.</p> <p>- Folleto de Plan de Parto y afiche de Plan de Parto Comunitario con las señales de alarma durante el embarazo, el parto y el puerperio.</p>
<p>Asistente de Salud y voluntarios de salud de la comunidad.</p> <p>En estas actividades, el asistente de salud debiera gestionar que le acompañe la partera que este atendiendo a la mujer embarazada en cada caso.</p>	<p><b>2. Plan de visitas a las embarazadas</b></p> <p>El Asistente de Salud, con el apoyo de los voluntarios de la comunidad, actualizará el censo de mujeres embarazadas en su área de influencia, tal como ya está actualmente en sus funciones. De cada embarazada incluirá también el nombre de la partera a quien acude.</p>	<p>Que las mujeres embarazadas llenen su Plan de Parto y planifiquen la asistencia a los controles de embarazo cuando las corresponda.</p> <p>Que las mujeres embarazadas y su núcleo familiar conozcan las señales de peligro que pueden presentarse durante el embarazo y dónde acudir a buscar</p>	<p>-Folleto del Plan de Parto.</p> <p>- Carteles con las señales de alarma durante el embarazo, que serán pegados en un lugar visible de la casa.</p>

**Tabla 5. PRIMERA FASE. NIVEL DE LA COMUNIDAD**

Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales
	<p>Una vez actualizado el censo, formulará un plan de visitas de seguimiento. En las visitas se procurará que esté presente el esposo y el resto de la familia, de manera que todos reciban el mismo mensaje.</p> <p>En las visitas de seguimiento, al menos una visita cada dos meses, coincidiendo antes o después de la visita de control que la embarazada haya hecho al servicio de salud, se presentará a la mujer y su familia un mensaje predeterminado, dejando el material educativo correspondiente al mismo.</p> <p>-En la primera visita se revisará el llenado con la familia del Plan de Parto y se estudiará el material correspondiente a las señales de peligro durante el embarazo. Orientará sobre los cuidados generales y alimentación de la embarazada.</p> <p>- En la segunda visita introducirá la asistencia al Albergue Materno (AM) o Casa Acudiente Materna (CAM) y buscará convencer a la familia de la importancia de su uso.</p> <p>-En la tercera visita introducirá el concepto de espaciamiento del siguiente embarazo y presentará a la pareja y su familia los diferentes</p>	<p>atención en los servicios de salud y cómo gestionar el apoyo de la comunidad (por medio del Comité de Salud o de las autoridades designadas) para acceder a esa atención</p> <p>Que las mujeres embarazadas y su núcleo familiar conozcan Albergues Maternos y/o las Casas de Acudientes Maternas y su derecho a hacer uso de estas instalaciones dos semanas antes de la fecha esperada del parto.</p>	<p>Folleto del Plan de Parto.</p> <p>Folleto sobre espaciamiento de embarazos y métodos de PF.</p> <p>Una hoja ilustrada con los síntomas de la llegada del parto.</p> <p>Un cartel con las señales de peligro durante el parto y el puerperio.</p>

**Tabla 5. PRIMERA FASE. NIVEL DE LA COMUNIDAD**

Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales
	<p>métodos de PF disponibles para ello.</p> <p>- En la cuarta visita se asegurará que todas las variables del Plan de Parto están planificadas y canalizará a la embarazada y su acompañante al AM o CAM como una forma de evitar futuras demoras en la atención del parto.</p> <p>Expondrá además a la embarazada y a toda su familia cómo reconocer las señales del inicio del trabajo de parto, en caso de que no hayan aceptado usar las AM o las CAM.</p> <p>Entregará un cartel con las señales de peligro durante el parto y el puerperio para que sea colocado en una parte visible de la casa.</p>		
Asistentes de Salud y Promotores	<p><b>3. Involucración de parteras y médicos tradicionales.</b></p> <p>El Asistente de Salud y los Promotores reunirán a las parteras y médicos tradicionales que trabajen en sus áreas de influencia y promoverán la importancia de la atención institucional y el papel que ellas/os pueden jugar en canalizar a las mujeres embarazadas.</p>	<p>Involucrar a las parteras y médicos tradicionales en la canalización de las mujeres embarazadas hacia los controles de embarazo y el parto institucional</p> <p>Que las parteras y los médicos tradicionales reconozcan las señales de peligro y animen a las embarazadas a buscar atención en los servicios de salud.</p>	<p>Exposición sobre la situación de la mortalidad materno infantil, sus causas y cómo reducirla con los controles durante el embarazo y la atención institucional del parto y puerperio</p> <p>- Folleto de Plan de Parto y afiches con señales de peligro en el embarazo.</p>
Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud.	<p><b>4. Uso de radioemisoras locales.</b> La contratación de radioemisoras locales para la difusión de</p>	<p>Promover la atención de los servicios de salud como la mejor opción</p>	<p>Dos cuñas radiales diferentes en lenguas nativas difundidas en cada una de las</p>

**Tabla 5. PRIMERA FASE. NIVEL DE LA COMUNIDAD**

Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales
	mensajes motivadores sobre la importancia de buscar la atención en las instalaciones de salud como mejor garantía de un embarazo y parto seguros, y la promoción de los AMs y CA	para un embarazo y parto seguro y la demanda de esa atención ante la aparición de cualquiera de las señales de peligro.	radioemisoras que se escuchan en las comarcas, a razón de 12 (doce) repeticiones diarias: cuatro en la mañana temprano, cuatro a medio día, cuatro en la tarde y cuatro más en la noche.

Tal como se describe en la tabla anterior, los asistentes de los puestos y sub-centros de salud, debidamente capacitados, bajo el liderazgo y orientación de los promotores de los centros de salud desarrollarán las siguientes actividades:

- Actualizarán un censo de mujeres embarazadas y de púerperas en sus áreas de influencia, y las organizarán en grupos.
- Implementarán con ellas un plan de promoción de los conocimientos que deben manejar sobre embarazos, partos y puerperios seguros y oferta de planificación familiar para el espaciamiento de los embarazos.
- Establecerán además un programa de reuniones cuyo objetivo será la labor educativa sobre reconocimiento del inicio del trabajo de parto, de las señales de alarma, de promoción de la atención en los servicios de salud y de recogida, socialización y discusión grupal de las experiencias individuales sobre embarazos y partos anteriores y su desarrollo y resultados. En dichas reuniones apoyarán a las mujeres embarazadas en el llenado consciente del Plan de Parto y revisarán y monitorearán el mantenimiento y cumplimiento de los que van siendo elaborados para asegurarse que no quedan solo en propósitos escritos sino que las parejas, los familiares y la oferta de salud están haciendo las provisiones para su cumplimiento.
- Actualizarán un censo de médicos tradicionales, curanderos, parteras u otros agentes tradicionales de salud relevantes para la salud materna neonatal en sus áreas de influencia y los visitarán para conversar con ellos sobre la estrategia CONE y cómo pueden ellos y ellas apoyarla canalizando hacia los servicios de salud a las mujeres que busquen sus servicios. A este personal de salud tradicional y alternativo de las comunidades se les entregarán los materiales de educación sobre las señales de alarma y planificación familiar. Además, se les instruirá para la explicación y uso de manera que puedan orientar a las mujeres en edad fértil que demanden sus servicios.
- Elaborarán un plan de visitas a las autoridades locales, caciques locales etc., para informarles de la estrategia CONE y la importancia de la organización comunal para apoyar a que las mujeres en edad fértil se atiendan en los servicios de salud cuando están embarazadas o de parto y, sobre todo, cuando presenten alguna señal de alarma que amerite una atención inmediata.
- Recibirán la capacitación correspondiente sobre el uso de los materiales educativos como elementos motivadores de discusiones sobre los temas de preconcepción, embarazo, parto, y puerperio, así como la promoción de los albergues maternos.

Los materiales educativos para esta primera fase serán:

- Las **cuñas radiales y afiches** para promover las ventajas de ser atendidas en los servicios de salud.
- Los **materiales de Plan de Parto, los afiches y folletos con las señales de peligro durante el embarazo, parto y postparto**. Estos materiales serán explicados, individualmente o en grupo, por los trabajadores de salud del nivel de CONE Ambulatorio y también los del CONE Básico.
- Los **folletos** que promueven el espaciamiento de los embarazos y las hojas informativas que explican las características de los diferentes métodos anticonceptivos.
- Los **rotafolios explicativos de los contenidos educativos** sobre cuidado de la mujer en el embarazo, la planificación familiar o las técnicas de la lactancia materna exitosa.
- Los **banners con secuencias ilustradas** de historias y casos que expongan las ideas que se promueven referidas a situaciones concretas de la vida real con las que la población objetivo pueda sentirse identificada.

Tabla 6. MATERIALES DE LA PRIMERA FASE. NIVEL DE LA COMUNIDAD			
Tipo de material	Quien lo usa	Cuando lo usa	Frecuencia
Una presentación sobre las principales causas de la mortalidad materna e infantil relacionada con complicaciones del embarazo, parto y puerperio y la propuesta de cambios de comportamiento de la estrategia.	Especialistas y promotores de salud	En las reuniones con autoridades comarcales y comunales, parteras y médicos tradicionales y organizaciones comunales ya existentes, para crear la conciencia y compromiso sobre la aplicación de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una reunión con las autoridades comunales</li> <li>- Una reunión con parteras, médicos tradicionales y otras fuentes de atención en salud en las comarcas</li> <li>- Una reunión con las organizaciones comunales existentes, como el Comité de Salud y otros</li> </ul>
Folleto de Plan de Parto, conteniendo la planificación de fecha prevista, traslado, acompañamiento, cuidado de los hijos en la ausencia, preferencia de parto y disposiciones	Las mujeres embarazadas y sus familias, apoyadas por el especialista de salud, quien se lo explica y ayuda a llenar.	Deben llenarlo con el apoyo del primer trabajador de salud con quien contacten en busca de atención para el embarazo (idealmente el asistente de salud) o con la partera con quien	<p>Un ejemplar por cada mujer embarazada, según las proyecciones de cobertura.</p> <p>Ejemplares para los Comités de Salud y las autoridades comunales responsables de apoyar a</p>

**Tabla 6. MATERIALES DE LA PRIMERA FASE. NIVEL DE LA COMUNIDAD**

<b>Tipo de material</b>	<b>Quien lo usa</b>	<b>Cuando lo usa</b>	<b>Frecuencia</b>
sobre la atención esperada. <sup>16</sup>		<p>hayan buscado atención.</p> <p>Lo explican a las mujeres embarazadas en las visitas, y consultas y lo llenan con ellas y sus parejas.</p>	las mujeres embarazadas para que puedan tener un parto seguro.
Un cartel con las señales de alarma de la mujer durante el embarazo. A este material se buscará darle una utilidad adicional como por ejemplo un calendario, para asegurar su permanencia en el hogar.	Especialistas, promotores de salud y enfermeras.	<p>Contiene las señales de alarma durante el embarazo. El proveedor de salud debe explicarlo a la embarazada y su familia en la visita a su hogar o en la primera consulta (lo que sea primero) y asegurarse que entiende su contenido, Después debe colocarse en un lugar visible de la casa para asegurarse que la embarazada y sus familia lo consulten cuando lo necesiten.</p> <p>También este material se debe presentar a las autoridades comunales, parteras y médicos tradicionales de la comunidad para que éstos, a su vez, asimilen y promuevan estos conocimientos.</p>	Un ejemplar para entregar a cada mujer embarazada, según proyecciones, en cada casa comunal y centro de reunión, en la sede de los cabildos y en general para que pueda tenerse en cada hogar con una función adicional como un calendario.
Un cartel con las señales de alarma de la mujer y el neonato durante el parto y el puerperio.	Especialistas, promotores de salud y enfermeras	Contiene las señales de alarma para la mujer y el neonato durante el parto y el puerperio. El proveedor de salud debe explicarlo a las embarazadas y sus familias en la cuarta visita o en el último control al que asista la	Un ejemplar para entregar a cada mujer embarazada, según proyecciones, en cada casa comunal y centro de reunión, en la sede de los cabildos y en general para que pueda tenerse en cada hogar con una función adicional como un calendario.

<sup>16</sup> Este material esta ya contemplado en los Lineamientos Operativos del Plan de Parto. MSH 2014

**Tabla 6. MATERIALES DE LA PRIMERA FASE. NIVEL DE LA COMUNIDAD**

<b>Tipo de material</b>	<b>Quien lo usa</b>	<b>Cuando lo usa</b>	<b>Frecuencia</b>
		embarazada. Se asegurará de que lo entienden y dejará un ejemplar para ser colocado en lugar visible del hogar.	
Una hoja informativa ilustrada con las señales de la inminencia del parto	Especialistas, promotores de salud y enfermeras	Será entregado y explicado a la mujer embarazada y su familia en la cuarta visita domiciliaria o el último control de embarazo al que asista la mujer.	Un ejemplar por cada mujer embarazada según proyecciones. Un número de ejemplares para cada partera y médico tradicional para que a su vez puedan explicarlo y entregarlo a quienes soliciten sus servicios.
Un folleto sobre las ventajas del espaciamiento de los embarazos	Especialistas, promotores de salud y enfermeras	Será explicado y entregado a las mujeres embarazadas y sus parejas durante la tercera visita domiciliaria, buscando que la pareja vaya tomando una decisión sobre este tema.	Un ejemplar por cada mujer embarazada según proyección y un número suficiente para distribuir de manera masiva en centros comunales y organizaciones locales.
Un folleto ilustrado con los diferentes métodos de PF existentes, haciendo énfasis en los realmente disponibles.	Especialistas, promotores de salud y enfermeras	Se usará para explicar a las embarazadas y sus parejas los métodos de PF en la tercera visita o en el tercer control. Se dejará un ejemplar en su poder luego de explicarlo. Servirá además para todas las demás acciones de orientación y educación sobre PF para las otras audiencias como los jóvenes.	Un ejemplar por cada mujer embarazada según proyección y un número suficiente para distribuir de manera masiva en centros comunales y organizaciones locales, de acuerdo a la población en edad fértil de la comarca
Una cuña radial de 30" con el mensaje de la importancia de no esperar a buscar atención en los servicios de salud ante la aparición de cualquiera			



Tabla 6. MATERIALES DE LA PRIMERA FASE. NIVEL DE LA COMUNIDAD			
Tipo de material	Quien lo usa	Cuando lo usa	Frecuencia
de las señales de peligro durante el embarazo			

***Segunda fase: Decisión de adoptar un comportamiento o la adopción de una práctica determinada.***

El propósito de esta fase es apoyar a la mujer embarazada, en parto, o puerperio para que pueda aplicar su decisión de asistir a los servicios de salud y recibir en ellos una atención de calidad que llene sus expectativas y le lleve a ser una promotora futura de las ventajas de estos servicios. No hay que olvidar que un buen servicio en la atención del prenatal y del parto institucional, comenzando por la facilidad de acceder al mismo, será la pieza fundamental para que estas madres tengan una experiencia exitosa y se conviertan en un punto clave de la promoción de esta práctica desde su propia experiencia entre sus pares.

Esta fase busca fundamentalmente **acortar o eliminar la segunda, tercera y cuarta demora** en el acceso a los servicios de salud, que se refiere a la tardanza en tomar la decisión de trasladar a la mujer al servicio de salud ante el inicio del trabajo de parto (inicio de labor) o la aparición de cualquiera de las señales de peligro asociadas con las complicaciones del embarazo, parto, puerperio y de los recién nacidos y en su traslado a los servicios de salud y el recibir la atención inmediata y efectiva al llegar a dichos servicios.

Esta fase comienza en los niveles de CONE Ambulatorio y CONE Básico, pero se extiende al nivel del CONE Completo, dependiendo de la necesidad de referir a la mujer que va a dar el parto a niveles superiores de atención por la aparición de complicaciones.

Concretamente, las acciones de esta fase se encaminarán a:

- Despertar en las redes sociales de la comunidad y en sus grupos organizados el interés por apoyar a las mujeres en edad fértil, embarazadas, en etapa de parto o en puerperio, para que puedan hacer efectiva su intención de acudir oportunamente a los servicios de salud.
- Desarrollar en los proveedores de salud, la conciencia e interés por ofrecer a la comunidad indígena una atención de calidad con una actitud de respeto, comprensión y diálogo intercultural, donde se respeten los derechos de los/as usuarios/as. Todo ello a través de la capacitación incluyendo la sensi-bilización.
- Reforzar las organizaciones comunales alrededor de la salud, así como a las parteras, médicos tradicionales u otros agentes tradicionales de salud relevantes para la atención materna neonatal.
- Promover y brindar los servicios de anticoncepción y planificación familiar junto con la asesoría correspondiente.
- Capacitar a los proveedores de salud en las competencias necesarias para garantizar una atención de calidad y sobre consejería/orientación, para hacer su trabajo más efectivo.
- Proporcionar los materiales educativos para apoyo a la orientación/consejería por parte del personal de salud y para uso de las mujeres que asistan a los servicios de salud.

En esta fase, los elementos fundamentales son:

- **La comunidad organizada**, fundamental para que la mujer se sienta apoyada en situaciones de

trabajo de parto y de emergencia. Los medios de comunicación por su parte reforzarán esta cohesión entre los habitantes de una misma comarca en la responsabilidad de cuidar por la salud de sus mujeres. En este punto de nuevo es fundamental el papel del Comité Comunitario del Plan de Parto y Traslado (CCPPT).

- **El apoyo de los actores de las redes sociales del individuo y de las autoridades comarcales**, fundamental en las comarcas indígenas para la consolidación y activación de la motivación y de la actitud (Fishbein & Ajzen, 1975, 1980). En el caso de comportamientos de salud comunitaria, es muy importante que la organización social pueda apoyar al individuo para acceder a los servicios de salud. Este es el caso de las mujeres embarazadas que deben asistir a un número de controles, venciendo las barreras económicas, de tiempo y distancias, o las embarazadas en proceso de parto o con señales de alarma que deben reducir lo más posible las demoras en llegar a la atención de los servicios de salud.
- **Los proveedores de salud**, fundamentales e indispensables para ofrecer un servicio de calidad que se convierta en una experiencia exitosa para las usuarias, de manera que estas mujeres lo promuevan constantemente con sus pares.

Si se consigue que las mujeres que buscan una atención de calidad en los servicios de salud, la obtengan, éstas compartirán su experiencia positiva con sus pares mediante comunicación interpersonal - la más efectiva cuando se trata de provocar cambios de comportamiento-, y promoverán el uso de los servicios de salud. Esta fase es decisiva para acortar o evitar las primeras demoras que se presentan y consiste en asegurar que la experiencia de parto institucional es exitosa para que esas mujeres se conviertan en promotoras de la demanda de los servicios de salud.

Tabla 7. SEGUNDA FASE			
Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales
Asistentes y promotores de salud, apoyados por los voluntarios de salud y la comunidad	Desarrollo de una serie de presentaciones, calendarizadas, en las organizaciones comunales como Comités de Salud, Comités de Ornato, Juntas de Acueductos y Alcantarillado Rural y otros para despertar el interés en apoyar a las mujeres en edad fértil para adoptar las prácticas de salud	Que las mujeres en edad fértil, parejas y comunidad en general apoyen las prácticas mejoradas de salud que promueve la estrategia	Los banners ilustrados que cuentan historias sobre las diferentes prácticas de salud que se quieren promover en la estrategia.  - Un banner con historia de pareja que decide planear el embarazo y que la mujer se prepare para que éste se desarrolle sin complicaciones  - Un banner con historia de pareja que decide asistir a los controles de embarazo y aprende cosas nuevas en cada uno de ellos  - Un banner con historia

Tabla 7. SEGUNDA FASE			
Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales
			de pareja que decide espaciar su siguiente embarazo y sus razones para hacerlo.  - Un banner con historia de pareja que se prepara para cuando llegue el parto
Promotores de salud y enfermeras	Desarrollo de presentaciones en los AM y CAM para las mujeres albergadas y sus familias	Que las mujeres que están en los AM y CAM conozcan las señales de peligro en el puerperio, las ventajas de la lactancia materna exclusiva y como espaciar el próximo embarazo	- Cartel y afiche con las señales de peligro durante el puerperio  - Cartel y folleto con los cuidados de la madre recién parida y su recién nacido (alimentación etc.)  - Cartel y folleto sobre la lactancia materna.  - Cartel y folleto sobre anticonceptivos
Médicos y enfermeras	Orientación en las consultas	Que las mujeres que asisten a los controles y consultas conozcan las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, las ventajas de la lactancia materna exclusiva y como espaciar el próximo embarazo	Folleto sobre señales de peligro en embarazo, parto y puerperio,  Folleto sobre identificación de señales del inicio de trabajo de parto,  Folleto sobre lactancia materna,  Folleto sobre métodos anticonceptivos.

En esta fase, **los asistentes de los puestos de salud, sub-centros de salud y centros de salud**, bajo el liderazgo de los promotores de salud, desarrollarán las siguientes actividades:

- Harán un seguimiento en base a los censos de mujeres embarazadas, y pondrán especial atención en aquellas que se encuentren cercanas a dar su parto y que hayan cumplido los controles correspondientes. Se asegurarán de la actualización de su plan de parto, revisándolo con ellas y su familia, y del claro control de todas las posibles barreras que pudieran resultar en demoras en la toma de decisión para buscar atención a tiempo. Se asegurarán así mismo de que la embarazada y su

pareja tienen claro lo que harán cuando se presente el parto o un signo de alarma.

- b) Establecerán una estrecha coordinación con el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado, para apoyarles en la labor de que las mujeres puedan trasladarse a los servicios de salud a tiempo para dar el parto, solventando para ello cualquier barrera que pudiera retrasar dicho traslado y atención.
- c) El personal de salud de los establecimientos de los niveles del CONE Ambulatorio, CONE Básico y CONE Completo que tiene una relación directa con las mujeres embarazadas en el prenatal, en trabajo de parto o en puerperio, será capacitado en temas relacionados con la interculturalidad, incluyendo el conocimiento de las perspectivas o cosmovisión de las comarcas sobre las diferentes etapas de la atención materno neonatal, las opciones de medicina alternativa que se ofrecen en las comunidades y las expectativas de las usuarias de CONE respecto a la atención que esperan recibir. Esta capacitación está explicada en la parte correspondiente de los componentes de la presente estrategia.
- d) Los Albergues Maternos y las CAMs adquieren una importancia especial en esta fase, donde se aprovechará el hecho de que las mujeres están disponibles e interesadas en el tema, por lo que su estadía representa una excelente oportunidad educativa. Los asistentes de salud y los promotores aprovecharán estas oportunidades para hacer sus labores educativas y en las mismas tratarán de que participen otras madres de la comunidad que hayan ya tenido buenas experiencias en la atención de sus embarazos y partos.
- e) Convocarán periódicamente a la comunidad, en especial a las mujeres en general (en edad fértil y que hayan pasado esta fase del ciclo vital) para animar la presentación de temas relacionados con el embarazo, parto, y puerperio seguros y espaciamiento de los embarazos, usando para ello los materiales educativos y las historias ilustradas de casos concretos como ejemplos motivadores de la discusión grupal. Asegurarán que las mujeres de todas las edades sean capaces de identificar el inicio del trabajo de parto y sobre todo las señales de alarma que pudieran indicar la presencia de alguna complicación en el embarazo, parto o postparto.
- f) Animarán la discusión en las reuniones con las mujeres y sus parejas sobre la conveniencia de espaciar los embarazos y los métodos modernos disponibles para ello. Los asistentes de salud, promotores y voluntarios/as tendrán como objetivo que las mujeres embarazadas lleguen al momento de la atención de sus partos habiendo ya decidido, solas o con su pareja, qué método anticonceptivo usarán para espaciar el siguiente embarazo.
- g) Se promoverá el uso de los albergues maternos para todas las mujeres que viven a más de una hora de la instalación de salud CONE Básico como un recurso importante para evitar las demoras en la atención.

Los trabajadores de salud de los niveles de CONE Ambulatorio y Básico contarán con los materiales educativos propuestos para cada etapa del continuo de la atención, para que aprovechen los contactos con las usuarias de los servicios para convertirlos en oportunidades educativas y orientadoras.

<b>Tabla 8. MATERIALES DE LA SEGUNDA FASE</b>			
<b>Tipo de material</b>	<b>Quien lo usa</b>	<b>Cuando lo usa</b>	<b>Frecuencia</b>
Los banners ilustrados que cuentan historias	Asistentes y promotores de salud, apoyados por	En las presentaciones, calendarizadas para las	Una vez al año en cada comunidad.

**Tabla 8. MATERIALES DE LA SEGUNDA FASE**

<b>Tipo de material</b>	<b>Quien lo usa</b>	<b>Cuando lo usa</b>	<b>Frecuencia</b>
<p>sobre las diferentes prácticas de salud que se quieren promover en la estrategia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un banner con historia de pareja que decide planear el embarazo y que la mujer se prepare para que éste se desarrolle sin complicaciones.</li> <li>- Un banner con historia de pareja que decide asistir a los controles de embarazo y aprende cosas nuevas en cada uno de ellos.</li> <li>- Un banner con historia de pareja que decide espaciar su siguiente embarazo y sus razones para hacerlo.</li> <li>- Un banner con historia de pareja que se prepara para cuando llegue el parto.</li> </ul>	los voluntarios de salud y la comunidad.	organizaciones comunales como Comités de Salud, Comités de Ornato, Juntas de Acueductos y Alcantarillado Rural y otros	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banner y afiche con las señales de peligro durante el puerperio.</li> <li>- Banner y folleto con los cuidados de la madre recién parida y su recién nacido (alimentación etc.)</li> <li>- Banner y folleto sobre la lactancia materna.</li> <li>- Bannerl y folleto sobre anticonceptivos.</li> </ul>	Promotores de salud y enfermeras	<p>Presentaciones en los AMs y CAMs a las nuevas madres y a sus familiares y acompañantes.</p> <p>El banner lo usa el promotor o la enfermera para explicar, el folleto lo tiene la madre durante la explicación y se lo lleva consigo.</p>	Cada vez que haya nuevas madres en las instalaciones.
<p>Banner sobre señales de peligro en embarazo, parto y puerperio,</p> <p>Banner sobre</p>	Médicos y enfermeras	Uso para orientación en las consultas. El banner lo usa el médico y la enfermera para explicar,	En cada consulta o en forma de charlas a las mujeres que esperan consulta.

Tabla 8. MATERIALES DE LA SEGUNDA FASE			
Tipo de material	Quien lo usa	Cuando lo usa	Frecuencia
identificación de señales del inicio de trabajo de parto, Banner sobre lactancia materna Banner sobre métodos anticonceptivos.		el folleto lo tiene la madre durante la explicación y se lo lleva consigo.	

### **Tercera fase: Mantenimiento de las Prácticas adoptadas.**

El propósito de esta fase es lograr que las mujeres en edad fértil y los actores de sus redes sociales mantengan las prácticas en el tiempo, integrándolas en su forma de vida regular o cotidiana y tratando con naturalidad lo que antes veían con dudas o recelo.

Durante esta fase, **el personal de salud dará seguimiento a la aplicación de las prácticas adoptadas** para asegurarse de su correcta aplicación, de la consecución de los resultados esperados, y de la satisfacción de las mujeres con los servicios ofrecidos.

Concretamente, las acciones de esta fase se encaminarán a:

- La puesta en práctica por parte las mujeres embarazadas, parturientas y en puerperio, de las orientaciones recibidas durante sus visitas al servicio de salud.
- El monitoreo de la aplicación de las prácticas, y el seguimiento por parte de los trabajadores de salud de las usuarias de los servicios de salud, siendo responsables de preparar los planes de monitoreo y seguimiento de las mujeres embarazadas y en puerperio, así como de usuarias potenciales de métodos anticonceptivos.

En esta fase los elementos fundamentales son:

- **Los trabajadores de salud**, que darán seguimiento a las mujeres en forma de visita o por cualquier contacto de atención; en los que recordarán con las mujeres las orientaciones brindadas en los servicios de salud. En el caso de aquellas mujeres que no hayan acudido a los servicios, les proporcionarán la orientación y consejería sobre las Prácticas que se promueven y entregarán los materiales didácticos preparados para iniciar en estos casos la orientación/consejería.

De acuerdo al censo de las mujeres embarazadas y aquellas que hubieran dado su parto anteriormente en los servicios de salud; los asistentes de salud y promotores del nivel CONE Ambulatorio y Básico establecerán un calendario de visitas para dar seguimiento y acompañamiento a la aplicación de las recomendaciones, y para asegurarse de que las usuarias han recibido la atención esperada y han adquirido una experiencia positiva como resultado de haber seguido las orientaciones en las diferentes etapas del continuo de atención materna neonatal.

Tabla 9. TERCERA FASE			
Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales
Asistentes de salud, promotores y voluntarios de salud. Parteras	Visitas de seguimiento a las mujeres embarazadas, y en puerperio que están siguiendo el proceso como beneficiarias de la estrategia.	Asegurar que se están cumpliendo las prácticas promovidas y que la experiencia de embarazo y parto y puerperio está siendo exitosa.	Visitas domiciliarias de monitoreo de acuerdo a un plan.

Esta fase no tiene materiales particulares sino que usa los mismos preparados para las fases anteriores.

#### **Cuarta Fase: Promoción de las Prácticas entre pares**

El propósito de esta fase es asegurar que las mujeres satisfechas con el servicio de salud recibido, promueven las ventajas en sus redes sociales y entre sus pares, afirmando la replicabilidad de dichas prácticas.

Las acciones de esta fase se encaminarán a:

- La **promoción** de las experiencias positivas entre **usuarias pares satisfechas** con los servicios de salud recibidos.
- La **facilitación de los materiales educativos** para que esta promoción entre pares sea efectiva.

En esta fase los elementos fundamentales son:

- **Las mujeres satisfechas por la experiencia del servicio recibido**, que contarán sus historias a sus pares, aclarando en la amplitud posible de sus capacidades, experiencias y conocimientos los rumores y temores sobre malas experiencias y situaciones negativas para la mujer que busca los servicios de salud.

Tabla 10. CUARTA FASE			
Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales
Asistentes y promotores de salud	Preparar a las madres para que puedan contar sus experiencias usando los materiales educativos que ellas mismas recibieron. Integrar a las madres con experiencias exitosas en sus embarazos, parto institucional y puerperio, a las presentaciones regulares con las organizaciones comunales y la comunidad.	Que las mujeres en edad fértil escuchen de sus pares experiencias exitosas.	Los mismos preparados para serles entregados a ellas mismas en el marco de la estrategia.

Tabla 10. CUARTA FASE			
Responsable	Actividad	Objetivo	Materiales

Los asistentes de salud y los/as promotores/as de salud, con el aval y consenso de las autoridades locales y las organizaciones comunales, convocarán a reuniones comunitarias o aprovecharán aquellas reuniones comunales ya establecidas para facilitar que las mujeres embarazadas y en puerperio cuenten sus historias y experiencias, y compartan cómo se sintieron en la atención que recibieron en sus embarazos y partos, incluyendo las decisiones que hayan tomado en pareja sobre el espaciamiento del siguiente embarazo.

Para reforzar estas presentaciones, las usuarias satisfechas contarán con los materiales educativos preparados para la promoción de las Prácticas en general y aquellos particulares que puedan preparar con el apoyo de los/as promotores/as de salud.

Las usuarias satisfechas con la atención recibida en los servicios de salud se buscara de organizarlas como grupos de apoyo para orientar y aconsejar a las nuevas usuarias y aclarar los rumores e historias negativas sobre la atención en los servicios de salud.

## D. Los planes de implementación

La planificación detallada de la implementación de la estrategia se desarrollará en consenso con el MINSA, las DRS, las autoridades comarcales y el personal de salud de las comarcas, y los encargados de promoción de la salud. Estos planes de implementación expondrán cómo las actividades y líneas de acción se llevarán a la práctica en cada comarca, de acuerdo a las variables y características de cada una en términos de organizaciones locales, voluntariado disponible, tiempos, momentos, etc.

La elaboración de los planes de implementación comenzará con la convocatoria a las autoridades locales por parte de los promotores de salud, y la presentación, por parte de del Equipo de Gestión o el estamento que el Ministerio decida, de las líneas de acción de esta estrategia, su modelo y las actividades propuestas. Sobre esta información, se buscarán las opiniones y el consenso con las autoridades y se trabajará conjuntamente en la elaboración de planes operativos que reflejen cómo la estrategia podrá implementarse en cada comarca. Posteriormente, de acuerdo a esos planes operativos de implementación, se convocará a los asistentes y personal comunitario para exponerle los acuerdos y orientarlo y capacitarlo en las actividades que les corresponde en la ejecución de la estrategia.

En esa misma convocatoria se podrá capacitar al personal de salud de los niveles comunitarios en el uso de los materiales educativos propuestos para la Estrategia.



## VII. Monitoreo, Supervisión y Evaluación

---

El monitoreo, supervisión y evaluación de la ejecución e impacto de la estrategia es fundamental para comprobar si se están logrando los objetivos formulados. Aunque los recursos sean limitados, el Ministerio de Salud debe hacer el esfuerzo por encontrar mecanismos que le permitan recabar información sobre el logro de estos objetivos, aprovechando las visitas de monitoreo, supervisión y evaluación que se hagan al campo para cualquiera de sus programas, especialmente del CONE.

Son dos los tipos de monitoreo para esta Estrategia: Uno se refiere a una función permanente de los implementadores (desde el asistente de salud o voluntario/a de las comunidades hasta el personal de niveles superiores que tienen contacto con las usuarias en alguna de las etapas del ciclo de atención), de recabar información en su trabajo que permita saber si se está teniendo o no impacto; otro consiste en la sistematización puntual del proceso, mediante la aplicación de un formato simple de recolección objetiva de la información.

El primer tipo de monitoreo es el que se usa constantemente en la comunicación cuando el interlocutor se da cuenta de si su mensaje está siendo entendido. En este tipo de monitoreo, el personal de salud va percibiendo los resultados de su trabajo, si su comunicación es o no entendida por las usuarias y si sus mensajes son bien recibidos. Esta percepción se adquiere haciendo preguntas de control a las personas durante las charlas, que indiquen si éstas están entendiendo los mensajes y si los materiales educativos son también entendidos. En base a esa percepción, el personal de salud puede ir adaptando constantemente el mensaje y el discurso a las características particulares de las usuarias a quienes tienen que convencer. En el segundo tipo de monitoreo, se trata de obtener una información de manera sistemática e integrarla al sistema de información que se obtiene de los servicios de salud, para que los tomadores de decisión puedan evidenciar si la estrategia está teniendo impacto sobre los objetivos que se formularon para la misma. Ambos tipos de monitoreo pueden ser ejecutados por el mismo personal de salud, debidamente capacitado, como parte de sus funciones regulares.

Además, dependiendo de las capacidades del Ministerio de Salud en cuanto a personal y recursos, es importante proponer una actividad de supervisión al desempeño de los trabajadores de salud y de las opiniones de las usuarias. Estas actividades deberían ir integradas a la supervisión que se planea de la aplicación del Plan de Parto y de CONE, puesto que la presente estrategia es una de las herramientas de CONE y como tal se debe supervisar al mismo tiempo que el resto de las estrategias (vinculadas entre sí, por ejemplo con la EEC o la EFC).

Las diferentes formas que se proponen para monitorear el impacto de la aplicación de la Estrategia y sus instrumentos son las siguientes, y pueden ser aplicadas por los voluntarios de salud, los asistentes o los promotores, o por el Equipo de Gestión de las UBAS, de acuerdo a cómo se especifique en cada establecimiento de salud o UBAS la ejecución de la Estrategia:

- Entrevistas a las usuarias de los servicios antes y después de las consultas para evaluar si han recibido orientación y materiales educativos sobre los temas de salud correspondientes. El mismo asistente de salud y los/as promotores/as pueden seleccionar unos días específicos y una pequeña muestra de las usuarias que hayan acudido a la instalación de salud, para hacerles unas preguntas previamente formuladas y que puedan dar una idea de la información que se busca.
- Entrevistas a las usuarias para comprobar si conservan en sus casas los materiales educativos que se les hayan proporcionado en las orientaciones y consejerías y si son capaces de explicar sus contenidos. En las visitas domiciliarias, los asistentes y voluntarios de salud pueden realizar esta tarea.

- Entrevistas a las usuarias de los servicios para ver cuáles de las Prácticas promovidas están siendo aplicadas y comprobar la correcta aplicación de las mismas. Los asistentes y voluntarios de salud pueden tomar en cuenta esta información en sus visitas domiciliarias.
- Entrevistas a las usuarias de los servicios sobre su percepción de los resultados obtenidos por la aplicación de las Prácticas adoptadas. Al igual que en los puntos anteriores, esta información se puede recabar en las consultas y en las visitas domiciliarias.
- Comprobación estadística del incremento de la demanda de los servicios de planificación familiar y atención materno-neonatal en las instalaciones de salud y de la atención institucional de partos.

En relación a los indicadores de proceso, producto y resultado, ver Anexo I “Indicadores para la Evaluación de la Estrategia de Cambio de Comportamiento y Adopción de Practicas en Salud”.

## **VIII. Operatividad de la Estrategia**

---

La Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas de Salud no requiere de una estructura propia para su implementación y funcionamiento. Es una sub-estrategia de la estrategia CONE y, como tal, depende totalmente del funcionamiento de ésta para su propio funcionamiento y eficiencia. La Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas de Salud pretende incrementar la demanda de los servicios que la estrategia CONE ofrece, aportando a ésta los cambios de comportamientos que la estrategia CONE requiere para obtener los resultados esperados. Por lo anterior, la presente estrategia se integra a las estructuras y mecanismos de funcionamiento del Ministerio de Salud con sus diferentes niveles.

Del mismo modo, esta estrategia está directamente relacionada con el Plan de Parto y tiene los mismos actores y mecanismos tanto a nivel comunitario como institucional. Por lo anterior, la mayoría de sus actividades pudieran integrarse con las del Plan de Parto, tanto en su preparación como en la ejecución de las mismas a nivel comunitario y regional. Las capacitaciones pueden ser integradas pues los temas son prácticamente los mismos y las actividades de campo pueden ser ejecutadas por las mismas personas pues las funciones son también prácticamente las mismas. Esto es algo que el Ministerio de Salud debe decidir al implementarla.

Por todo lo anterior, se recomienda que la ejecución de la presente estrategia comience en las mismas comunidades en las que se comience a implementar el Plan de Parto.

Para operativizar esta estrategia se proponen una serie de actividades preparatorias, de ejecución y de supervisión, monitoreo y evaluación, desarrolladas en seis momentos

Actividades preparatorias:

- Preparación para la implementación de la Estrategia
- Presentación a las autoridades comarcales y locales
- Elaboración de planes concretos de ejecución en cada comarca

Los tres primeros momentos pueden ser perfectamente planeados pues dependen del Ministerio de Salud. Los dos siguientes momentos, correspondientes a la ejecución de las acciones de la estrategia en las comunidades, solo pudieran ser formulados de manera muy general, pues la implementación dependerá de los Planes de Implementación que se prepararían con las autoridades y organizaciones locales. Dichos Planes de Implementación definirán los actores de la ejecución en las comunidades y las responsabilidades de los mismos.

Actividades de ejecución:

- Implementación de la Estrategia en la comunidad
- Implementación de la Estrategia en las UBAS

Supervisión, monitoreo y evaluación:

- Supervisión y monitoreo de la ejecución de la Estrategia

A continuación se exponen en mayor detalle los tres primeros momentos, hasta la formulación de los Planes de Implementación, y de manera más general los momentos de ejecución, pendientes de dichos Planes de Implementación donde se pueden concretar sus procedimientos.

## Primer Momento. Preparación para la implementación de la Estrategia

El primer momento consiste en que se establezcan en el Ministerio de Salud las responsabilidades y procedimientos para la implementación de la estrategia, que se elaboren los materiales y herramientas de comunicación educativa y que los trabajadores de salud involucrados en la ejecución de la estrategia se capaciten para cumplir eficientemente su papel en la ejecución de la misma.

### Cuadro No 1. Primer Momento: Preparación para la implementación de la Estrategia

Primer Momento: Preparación para la implementación de la Estrategia			
Unidad organizativa	Actores	Funciones	Resultados
Paso 1. Conformación y capacitación de los equipos del MINSA Central y Regional para la ejecución de la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas de Salud.			
UGSAF	DIGESA, DIPLAN, DPSS,DIPROM, DASI	Convocar y coordinar aquellas direcciones que conformen el equipo del MINSA central que, bajo el liderazgo de la DIPROM, implemente la Estrategia	Reuniones de planeación
Equipo del MINSA Central para la implementación de la Estrategia  (pudiera ser el mismo encargado de la implementación del Plan de Parto)	Equipo capacitador sobre la implementación de la estrategia	Conformar el equipo del MINSA regional para la ejecución de la estrategia	Equipo conformado
		Integrar la capacitación sobre la estrategia en la capacitación del MINSA Central y Regional sobre el Plan de Parto	Capacitación integrada a la capacitación del Plan de Parto.
		Desarrollar las capacitaciones al equipo de MINSA regional	Temas de capacitación definidos e integrados a la capacitación del Plan de Parto.
Paso 2. Selección de comunidades priorizadas para la implementación de la Estrategia (las mismas que sean seleccionadas para la implementación del Plan de Parto)			
Equipo del MINSA Central para la implementación de la Estrategia  (pudiera ser el mismo encargado	Equipos de las DRSS (GY, NB y EW)	Seleccionar las comunidades para la implementación de la estrategia, las mismas seleccionadas para implementar el Plan de Parto.	Capacitación del personal y selección de las comunidades para iniciar la ejecución de la estrategia

Primer Momento: Preparación para la implementación de la Estrategia			
Unidad organizativa	Actores	Funciones	Resultados
de la implementación del Plan de Parto)			
Equipo del MINSA regional para la implementación de la Estrategia (pudiera ser el mismo de la implementación del Plan de Parto)	DRSS GY, NB y EW	Participar en la selección de comunidades para implementar la estrategia (se sugiere que sean las mismas donde se ejecutará el Plan de Parto).	Selección de comunidades priorizadas
Paso 3. Gestión de fondos y organización de las capacitaciones de los miembros de los equipos de las UBAS para la implementación de la estrategia.			
Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF)	Dirección Ejecutiva, Subdirección de Salud, Subdirección de Adquisiciones y Subdirección de Finanzas	Definir y comunicar las directrices de solicitud de fondos para las capacitaciones a las Direcciones Regionales y la reproducción de las herramientas de comunicación educativa para el cambio de comportamiento	Directrices para la solicitud de los fondos comunicadas
		Recibir y procesar las solicitudes de fondos para las capacitaciones y la reproducción de las herramientas de comunicación educativa, cuyos diseños entregará la asistencia técnica.	Fondos disponibles
		Monitorear la disponibilidad de recursos solicitados y entregarlos	Recursos entregados a la Unidad Ejecutora
Equipo del MINSA Central para la implementación de		Monitorear que los equipos del MINSA Regional soliciten los fondos a la UGSAF para las capacitaciones y la reproducción de las herramientas de comunicación educativa.	Solicitudes de fondos
		Supervisar el cumplimiento del calendario de capacitaciones y de reproducción de las herramientas de comunicación educativa.	Actividades cumplidas

Primer Momento: Preparación para la implementación de la Estrategia			
Unidad organizativa	Actores	Funciones	Resultados
la Estrategia		Evaluar los avances de las capacitaciones y producción de herramientas y establecer cursos de acción con UGSAF y/o los equipos del MINSA Regional para la implementación de la estrategia	Informes de avance de actividades
Dirección Regional de Salud	Director o Subdirector Regional de Salud	Aprobar el calendario de actividades de capacitación de los miembros de la UBA sobre la implementación de la estrategia	Calendario de actividades aprobado
		Aprobar las solicitudes de fondos para las capacitaciones a la UBAs sobre la implementación de la estrategia y para la reproducción de las herramientas de comunicación educativa	Solicitudes de fondos aprobadas
Equipo del MINSA Regional para la implementación de la Estrategia	SSR, EGS, EBS	Programar las capacitaciones sobre la estrategia para los miembros de las UBAs de las comunidades priorizadas y solicitar su aprobación a la DRS	Cronograma de capacitaciones aprobado por la DRS
		Elaborar y enviar a la UGSAF, aprobadas por la DRS, las solicitudes de fondos para las capacitaciones	Solicitudes de fondos enviados a la UGSAF
		Monitorear las solicitudes de fondos enviadas a la UGSAF para la capacitación y para reproducción de las herramientas, según fechas programadas y reprogramar las actividades cuando se requiera.	Fondos disponibles
		Coordinar las actividades de capacitación con los miembros de las UBAs de las comunidades priorizadas	Planes de capacitación coordinados
		Ejecutar el calendario de capacitaciones y reproducción de herramientas educativas	Herramientas reproducidas, capacitaciones ejecutadas.
Paso 4. Capacitaciones a los equipos de las UBAs para la implementación de la estrategia en las comunidades priorizadas			
		Selección de promotores y técnicos que replicarán la capacitación	

Primer Momento: Preparación para la implementación de la Estrategia			
Unidad organizativa	Actores	Funciones	Resultados
UBAs de las comunidades priorizadas	Miembros de los Equipos de Gestión y Básicos de Salud	Coordinación de las actividades de capacitación con equipo MINSA regional	Actividades de la Estrategia programadas
		Asistir a las capacitaciones y cumplir con el programa de capacitación	Lineamientos y manuales
		Preparar y desarrollar el programa de las asambleas comunitarias de la estrategia, las mismas del Plan de Parto.	Programa de asambleas comunitarias
		Desarrollar una base de datos de los miembros de los equipos comunitarios activos e identificar nuevos que faciliten la ejecución de la estrategia	Base de datos

**Cuadro No. 2. Primer Momento: Selección del equipo ejecutor de la Estrategia en el campo**

Primer momento: : Selección del equipo ejecutor de la Estrategia en el campo			
Unidad organizativa	Actores	Funciones	Resultados
Dirección Regional de Salud  Dirección de Promoción de la Salud DASI UBA	Director o subdirector regional, Equipo de Gestión en Salud, Miembros de las UBAs	Proponer y aprobar los actores institucionales responsables en los diferentes niveles de la implementación de la Estrategia en el campo	Creada una estructura organizativa para implementar la estrategia de cambio de comportamiento en las regiones.
		Crear la red de trabajadores de salud, responsables de la ejecución de la estrategia a nivel regional y comunal	
		Establecer los mecanismos operativos para el funcionamiento de la red	
		Incorporar la red, sus actores y funciones en el Reglamento Operativo correspondiente si fuera necesario.	

**Cuadro No. 3. Primer Momento. Producción y reproducción de los materiales y herramientas de comunicación educativa en apoyo a la Estrategia**

<b>Primer Momento. Producción y reproducción de los materiales y herramientas de comunicación educativa en apoyo a la Estrategia</b>			
<b>Unidad Organizativa</b>	<b>Actores</b>	<b>Funciones</b>	<b>Resultados</b>
Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera	Dirección Ejecutiva, Subdirección de Salud, Subdirección de Adquisiciones y Subdirección de Finanzas	Definir y comunicar las directrices de solicitud de fondos para la producción y reproducción de las herramientas de comunicación	Directrices para las solicitudes de fondos
		Recibir y procesar las solicitudes de fondos.	Fondos disponibles
		Monitorear la disponibilidad de los recursos solicitados y comunicar atrasos	
		Entregar los recursos solicitados	Recursos entregados a los ejecutores
		Monitorear que los equipos del MINSA Regional, soliciten los fondos a la UGSAF	Solicitudes de fondos
		Contratar los proveedores de las reproducciones	Herramientas educativas listas en cantidad y calidad para todos los actores y beneficiarios/as
Dirección de Promoción Dirección Regional de Salud	Director	Entregar los materiales educativos a los trabajadores capacitados.	Actividad educativa reforzada con el uso de materiales efectivos en el marco del diálogo intercultural



**Cuadro No. 4. Segundo Momento: Presentación de la Estrategia por las DRS del MINSA a las autoridades comarcales y locales.**

<b>Segundo Momento: Presentación de la Estrategia por las DRS del MINSA a las autoridades comarcales y locales.</b>			
<b>Unidad Organizativa</b>	<b>Actores</b>	<b>Funciones</b>	<b>Resultados</b>
Paso 1. Presentación de la Estrategia por las Direcciones Regionales del MINSA a las autoridades comarcales			
Dirección Regional de Salud	Director y/o subdirector Regional de Salud y equipo del MINSA Regional para la implementación de la Estrategia	Coordinar con el Congreso General Comarcal la presentación de la Estrategia como parte de la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de Salud.	Consentimiento del Congreso General para la implementación de la Estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas de Salud
		Presentar la Estrategia a las Autoridades Comarcales	
		Consensuar la implementación de la Estrategia en las comarcas y participación de las autoridades comarcales y comunitarias en su ejecución	
Congreso General Comarcal	Autoridades del Congreso General Comarcal	Coordinar con la DRS la reunión de presentación de la Estrategia	Autoridades comarcales enteradas y aprobando la implementación de la estrategia
		Participar en la presentación de la Estrategia	
		Consensuar la implementación de la Estrategia	
		Emitir comunicación a las autoridades locales sobre el consenso para la implementación de la estrategia.	
UBA (ECS, EBS, EGS)	Coord. de DASI y/o encargado de UBA junto con ECS	Coordinar con las autoridades locales la reunión de presentación de la Estrategia	Reunión de presentación de la estrategia
		Presentar a las autoridades locales la estrategia	
		Consensuar la implementación de la estrategia en la comunidad y la participación de las autoridades locales en su aplicación.	Participación activa de la comunidad en la estrategia.
		Coordinar con la UBA la presentación de la Estrategia	

<b>Segundo Momento: Presentación de la Estrategia por las DRS del MINSA a las autoridades comarcales y locales.</b>			
<b>Unidad Organizativa</b>	<b>Actores</b>	<b>Funciones</b>	<b>Resultados</b>
UBA	Autoridades locales	Presentar la estrategia a las autoridades locales	Reunión de presentación de la estrategia
		Consensuar la implementación de la estrategia en la comunidad y la participación de las autoridades locales en su ejecución	
		Emitir comunicación a los miembros de los ECS sobre el consenso para la implementación de la estrategia	
		Promover que los líderes tradicionales en salud (parteras y médicos tradicionales y otros actores claves) sean miembros del comité que coordine la ejecución de la estrategia (se recomienda que sea el mismo CCPPT del Plan de Parto)	
		Convocar la primera asamblea comunitaria para abordar ejecución estrategia	

**Cuadro 5. Tercer Momento: Elaboración de planes concretos de ejecución en cada comarca**

<b>Tercer Momento: Elaboración de planes concretos de implementación en cada comarca</b>			
<b>Unidad Organizativa</b>	<b>Actores</b>	<b>Funciones</b>	<b>Resultados</b>
Dirección Regional de Salud	UBA (EBS, ECS, EGS)	Elaborar planes de ejecución para cada comarca, en el marco de talleres sobre la Estrategia	Planes de implementación formulados para cada comarca.  Fondos disponibles para los talleres de planificación
Unidad de Gestión, Administrativa y Financiera	Coordinadores de Promoción de la Salud	Definir y comunicar directrices para solicitar fondos para los talleres	
	Dirección Ejecutiva, Subdirección de Salud, Subdirección de Adquisiciones y	Recibir y procesar solicitudes de fondos para los talleres	

Tercer Momento: Elaboración de planes concretos de implementación en cada comarca			
Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Resultados
	Subdirección de Finanzas		
Equipo Central MINSA	Dirección General de Salud	Entregar los recursos solicitados	Talleres de planes de implementación realizados
	Dirección de Planificación	Monitorear que los equipos del MINSA soliciten los fondos para los talleres	
	Dirección de Provisión		
	Dirección de Promoción	Supervisar la ejecución de los talleres	
	Dirección de Asuntos Indígenas		
DRS	Director y Subdirector Regional de Salud, Coordinador de Promoción de la Salud, equipo MINSA Regional y miembros de las UBAS capacitados	Formular los planes de implementación en cada Comarca con representantes de todas las organizaciones locales	Planes de implementación de la estrategia para cada comarca.

**Cuadro No. 6. Cuarto Momento: Implementación de la Estrategia**

Cuarto Momento. Implementación de la Estrategia en la comunidad			
Unidad organizativa	Actores	Funciones	Resultados
		Coordinar y participar en la primera asamblea comunitaria para presentar la estrategia y el plan de implementación	Estrategia conocida y alimentada

Cuarto Momento. Implementación de la Estrategia en la comunidad			
Unidad organizativa	Actores	Funciones	Resultados
DRS	Autoridades locales de las comarcas	Proponer y aprobar los miembros de la comunidad, integrantes de la comisión que se decida se hará cargo de implementar la Estrategia	Comisión conformada
		Promover la participación comunitaria en la implementación de la estrategia	Organizaciones comunales trabajando en la estrategia
		Autorizar las organizaciones comunales trabajando en la estrategia	
Director Regional de Salud y DASI	Director y/o Subdirector Regional de Salud, Equipo de MINSA Regional y/o miembros de las UBAs	Coordinar con las autoridades locales y la comunidad una asamblea para presentar la estrategia y su estructura de implementación, explicar cómo la comunidad puede apoyar su ejecución.	Recibir el apoyo de las comunidades para la implementación de la estrategia
Equipos comunitarios de salud de las UBAs	Miembros de los Equipos comunitarios de salud de las UBAs	Apoyar a los actores de la estrategia en la ejecución de la misma y en convocar a las reuniones y presentaciones educativas por parte del equipo de implementación de la Estrategia que se conforme.	Planes de implementación ejecutándose
	Miembros de los Equipos de Gestión en Salud	Coordinar el comienzo de las actividades de la estrategia en las comunidades y comunicar a las autoridades locales.	Coordinación con las autoridades locales

Cuarto Momento. Implementación de la Estrategia en la comunidad			
Unidad organizativa	Actores	Funciones	Resultados
ECS	Promotores de Salud Parteras Monitoras de AIN-C Auditores Sociales Miembros del Comité de Salud Miembros del JAAR Miembros de los grupos organizados de la comunidad Líderes comunitarios	Recibir y hacer buen uso de las herramientas de comunicación educativa que se les entreguen.	Herramientas educativas utilizadas
		Coordinar el inicio en la comunidad de la implementación de la Estrategia de Cambio e Incorporación de Prácticas de Salud.	Acciones de comunicación educativa
		Velar por el cumplimiento de los planes de implementación elaborados con las autoridades locales.	
		Captar a las mujeres embarazadas y en puerperio	Censos actualizados de las beneficiarias directas.
		Ejecutar los planes de implementación acordados con las autoridades de las comarcas	
		Coordinar con las acciones de los CCPPT en las comunidades	
		Desarrollar las acciones de promoción y comunicación en las comunidades	
		Promover el uso de AMs y CAMS	Mujeres sabiendo donde acudir para esperar su parto con seguridad
		Visitar periódicamente a las embarazadas y puérperas según plan de visitas preparado al efecto	Monitoreo del embarazo y previsión de posibles complicaciones
		Asegurarse, en coordinación con el CCPPT de que todas las embarazadas tienen lleno el Plan de Parto y están haciendo provisiones para cuando llegue el parto.	Cobertura total del Plan de Parto entre las embarazadas
		Explicar y entregar las herramientas de comunicación educativa	Mujeres en edad fértil informadas

<b>Cuarto Momento. Implementación de la Estrategia en la comunidad</b>			
<b>Unidad organizativa</b>	<b>Actores</b>	<b>Funciones</b>	<b>Resultados</b>
		Reunirse periódicamente con las autoridades de las comarcas para informarles de la marcha de la estrategia y sus resultados.	Autoridades conscientes y apoyando la implementación de la estrategia

**Cuadro No. 7. Quinto Momento: Implementación de la Estrategia en los Servicios de Salud**

<b>Quinto Momento. Implementación de la Estrategia en los Servicios de Salud</b>			
<b>Unidad Organizativa</b>	<b>Actores</b>	<b>Funciones</b>	<b>Resultados</b>
UBA	EBS Enfermeras, Médicos	Captar a las mujeres embarazadas	Mujeres captadas en el primer trimestre
	EBS, ECS Enfermeras, Médicos	Dar orientación en las consultas y salas de espera de los establecimientos de salud	Herramientas de comunicación educativa
		Brindar atención de calidad en el marco de diálogo intercultural	
		Dar orientación y consejería en los AMs y CAMs a la mujer y sus acompañantes y familiares	

#### **Sexto Momento. Supervisión y monitoreo de la ejecución de la Estrategia**

Esta última etapa tiene tres enfoques diferentes y complementarios de la supervisión. Uno tiene que ver con el avance operativo de la estrategia, el nivel de ejecución de la misma. El segundo tiene que ver con la calidad de las acciones, esto es, el grado de conocimiento de los actores involucrados y el que dispongan de las herramientas de comunicación educativa para hacer más efectivo su trabajo. El tercero se refiere al efecto impacto que se esté logrando con las acciones de la estrategia con relación a las metas de incremento de la demanda de los servicios, el aumento de atención a los controles de embarazo, el aumento de los partos institucionales y del uso de anticonceptivos modernos para la planificación familiar o el espaciamiento de los embarazos.

**Cuadro 8. Sexto Momento. Supervisión y monitoreo de la ejecución de la Estrategia**

<b>Sexto Momento. Supervisión y monitoreo de la ejecución de la Estrategia</b>			
<b>Unidad Organizativa</b>	<b>Actores</b>	<b>Funciones</b>	<b>Instrumentos/ Resultados</b>
UBA	Coordinadores de Promoción de la Salud	Revisar los formularios de planificación del personal comunitario y el registro de sus visitas domiciliarias	Cumplimiento de los planes de implementación de la Estrategia.
		Comprobar el grado de capacitación del personal voluntario, sus competencias para la comunicación intercultural y el uso que hace de los materiales educativos	Personal capacitado en el uso eficiente de la comunicación para obtener adopción o cambios de prácticas en salud.
		Comprobar que los responsables de la implementación de la estrategia cuentan con las herramientas de comunicación educativa para motivar, convencer y educar a las audiencias sobre las prácticas a promover.	Herramientas educativas siendo usadas de manera efectiva.
		Comprobar que todas las prácticas de salud están siendo promovidas por igual, incluyendo el uso de AMs y CAMs	Todas las prácticas reciben el mismo tratamiento.
		Comprobar el cumplimiento de las actividades del Plan de Implementación	Cumplimiento de las actividades
		Evaluar los conocimientos y habilidades del personal de salud para aplicar la estrategia, a fin de formular planes de desarrollo de competencias para ellos.	Desarrollo de las capacidades.
DRSS	EGS	Sistematizar la experiencia y lecciones aprendidas, a fin de extender en escala la implementación de la estrategia	Extender la experiencia en escala.
DIPROM	EGS	Verificar la existencia de suficientes herramientas de comunicación, su uso por	Mantener suficientes herramientas y mejorar su

Sexto Momento. Supervisión y monitoreo de la ejecución de la Estrategia			
Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Instrumentos/ Resultados
		parte de las audiencias y la utilidad que le dan a sus mensajes.	efectividad.
DPSS	Unidad de Monitoreo y Evaluación, DPSS	Revisar el logro de los indicadores formulados para la estrategia y el impacto en las estadísticas relacionadas.	Medir la contribución de la estrategia a las metas de salud.
	EGS	Alimentar el sistema de información del Ministerio con los datos correspondientes de resultados de la estrategia.	Contribuir con las estadísticas de salud del Ministerio.
	Personal comunitario de salud Autoridades locales	Presentar informes de logros y avances a las comarcas y preparar informes para que las autoridades comunales puedan presentarlos a sus comarcas y elevarlos al Ministerio de Salud Central	Mantener informados a los habitantes de las comarcas de la marcha del impacto de la estrategia en mejorar la salud de la población materno infantil



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Armitage, C. J. & Conner, M. (2001).** *Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review.* *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.
- Bandura, A. (1977):** “*Social Learning Theory*”. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982).** *Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance.* *Addictive Behaviors*, 7, 133–142.
- Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER) (2009):** Panamá. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975):** “*Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*”. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010)** “Censo de Población y Vivienda”. Panamá.
- McKenzie, D. Smith, W. (1997):** “*Fostering Sustainable Behavior: An Introduction to Community Based Social Marketing*”. *American Psychologist*, Vol 55(5), May 2000, 531-537
- Ministerio de Salud de Panamá (2007)** “*Normas técnico – administrativas y manual de procedimientos. Programa de Salud Integral de la Mujer: Atención del embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Planificación familiar Vigilancia de la mortalidad materna y perinatal*”. Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá (2012):** “*Provisión del PAISS+N y PSPV a través de Unidades Básicas de Atención Institucionales de la red itinerante*”. Reglamento operativo. Versión 1.0.
- Ministerio de Salud de Panamá (2012):** “*Provisión del PAISS+N y PSPV a través de Unidades Básicas de Atención Institucionales de la Red Fija.*” Reglamento operativo. Versión 1.0.
- Ministerio de Salud de Panamá, Salud Mesoamérica 2015 (2013):** “*Producto intermedio Pn 1-01-01: Revisión del Modelo institucional y análisis de brechas*”. (Inédito, documento en revisión).
- Pelletier, D., Corsi, A., Hoey, L., Houston, R., Faillace, S. (2010):** “*Program Assessment Guide*”. August, A2Z Project, AED, Washington DC.
- Rosenstock, I. M. (1977):** “*Why people use health services* “. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Salud Mesoamérica 2015 (2014):** “Censo y Encuesta de base de los hogares-Panamá” BID, Panamá.
- Smith, W. (2002, summer).** “*Social marketing and its potential contribution to a modern synthesis of social change*”. *Social Marketing Quarterly*, 8(2), 46

## Anexo I: Indicadores generales para evaluación de la Estrategia

INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO <sup>17</sup>			
ETAPA	INDICADOR DE PROCESO	INDICADOR DE PRODUCTO	INDICADOR DE RESULTADO
<b>PRECONCEPCIONAL</b>	Porcentaje de MEF de las Comarcas que han escuchado uno de los mensajes de comunicación sobre PF.	- Número de personas que asisten al servicio de salud en busca de orientación sobre PF y anticoncepción	Porcentaje de mujeres en edad fértil de las Comarcas usando un método de planificación familiar que reportan haber escuchado un mensaje de promoción.
	Promedio de mensajes de comunicación escuchados por MEF de las Comarcas.		
	Porcentaje de MEF de las Comarcas que conocen al menos dos razones para asistir al servicio de salud para el control prenatal.		
	Porcentaje de MEF de las Comarcas que conocen el concepto de espaciar los embarazos y pueden mencionar al menos dos ventajas de esta práctica. <sup>18</sup>		

<sup>17</sup> Estos indicadores pueden ser recolectados a través de datos de producción de los servicios y de la Encuesta Final de la SM2015.

<sup>18</sup> Todos los indicadores de arriba serán repetidos específicamente para las/los adolescentes de 15-19

INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO <sup>17</sup>			
ETAPA	INDICADOR DE PROCESO	INDICADOR DE PRODUCTO	INDICADOR DE RESULTADO
<b>EMBARAZO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje de MEF que pueden reconocer las señales de alarma durante el embarazo y tienen la disposición de ir al servicio de salud si se presentaran</li> <li>- Porcentaje de parteras, médicos tradicionales y autoridades locales que pueden mencionar dos o más señales de alarma durante el embarazo.</li> <li>- Porcentaje de mujeres que han elaborado su Plan de Parto durante el embarazo y tienen la disposición de ir al servicio de salud para su parto</li> <li>- Porcentaje de mujeres que planean dar sólo leche materna a sus bebés durante los seis primeros meses</li> <li>- Número de mujeres que dicen haber recibido orientación y materiales educativos en las visitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje de MEF que han decidido espaciar al menos dos años su próximo embarazo.</li> <li>- Porcentaje de embarazadas que han recibido ayuda concreta de los comités de salud de la comarca para ir a los controles de embarazo y/o al parto</li> <li>- Porcentaje de mujeres que practican la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses</li> </ul>	<p>Número de mujeres embarazadas que acuden a un CONE Básico o Completo por una señal de alarma que reportan haber escuchado un mensaje de comunicación al respecto.</p> <p>Porcentaje de las mujeres embarazadas en las Comarcas que asisten a 4 CPN.</p>

INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO <sup>17</sup>			
ETAPA	INDICADOR DE PROCESO	INDICADOR DE PRODUCTO	INDICADOR DE RESULTADO
	de control del embarazo en los centros de salud.		
<b>PARTO</b>	<p>- Porcentaje de mujeres que pueden mencionar las señales de alarma durante el parto</p> <p>Porcentaje de mujeres con su Plan de Parto que tuvieron su Parto Institucional</p>	<p>- Número de partos atendidos en las instalaciones de salud que ofrecen CONE Básico</p> <p>- Número de mujeres que dicen haber tenido la experiencia del apego temprano inmediatamente después de su parto.</p>	<p>Porcentaje de las MEF en las Comarcas cuyo parto en los últimos (determinar número) meses fueron atendidos en una instalación de salud que reportan haber escuchado un mensaje de comunicación. (el tiempo dependerá de la implementación de las actividades de la ECC en las comunidades).</p> <p>Porcentaje de MEF en las Comarcas que reportan haber tenido el apego inmediato en su último parto y reportan haber escuchado un mensaje.</p>
<b>PUERPERIO – I</b>	<p>- Porcentaje de mujeres que pueden mencionar las señales de alarma de la mujer y del recién nacido en el postparto</p> <p>Porcentaje de MEF que saben la importancia de asistir a los controles del postparto para ellas y sus bebés</p>	- Número de mujeres que asisten a los controles de postparto	- Número de controles postparto atendidos

INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO <sup>17</sup>			
ETAPA	INDICADOR DE PROCESO	INDICADOR DE PRODUCTO	INDICADOR DE RESULTADO
<b>ALBERGUES MATERNOS y CASAS DE ACUDIENTES MATERNAS</b>	Porcentaje de las MEF en áreas donde hay acceso a un Albergue Materno o Casa de Acudiente Materna que conocen de su existencia y como acceder.	Número de mujeres embarazadas de comunidades lejanas que utilizaron el AM o CAM	Porcentaje de mujeres de comunidades lejanas que tuvieron parto institucional en los últimos “N” meses y que se hospedaron en los albergues maternos o CAM
<b>PUERPERIO - II</b>	Porcentaje de MEF que pueden dar tres razones para amamantar de manera exclusiva a sus bebés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de mujeres que comienzan exitosamente la lactancia materna exclusiva.</li> <li>- Número de mujeres que usan un método de planificación familiar moderno post-parto.</li> </ul>	Porcentaje de MEF que usan un método de planificación familiar y que ha escuchado por lo menos un mensaje de comunicación.

## Anexo II: Cuadro general de medios y materiales

CUADRO GENERAL DE MEDIOS Y MATERIALES		
MEDIO/MATERIAL	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DEL MEDIO/MATERIAL
<b>Cuñas radiales en idiomas nativos</b>	Promover los servicios de los centros de salud respecto a la oferta de atención a los síntomas y señales de alarma	Las cuñas radiales son el medio más indicado para llegar con el mensaje a la mayor cantidad de población en las comarcas, puesto que son el único medio masivo que llega a las mismas.
<b>Diálogos interculturales: Socio-dramas/</b>	Animar reuniones, asambleas comarcales y entretener a la población en las aldeas. Contando una historia, incluirán guiones escritos previamente sobre casos reales o improvisados con la animación de los/as facilitadores/as entrenados. Cuentan una historia.	La técnica del socio-drama es ampliamente usada en la promoción de comportamientos por medio de la representación de situaciones en los que éstos se exponen con el objetivo de despierten las opiniones sobre los mismos.
<b>Banners que ilustran una historia en secuencia</b>	Explicar la secuencia de la historia que está contando. Historias del estilo de los socio-dramas, contando casos de la vida real, relatados por un/a animador/a usando los banners.	Son una forma sencilla de sustituir el video en el trabajo con un grupo, en aquellos lugares donde no es posible o práctico usar éste por no contar con las condiciones necesarias para su uso. La historia se presenta en forma de comic cuyas viñetas son explicadas para ilustrar su desarrollo. Era el medio más usado por los comunicadores populares antes de que aparecieran los medios audiovisuales y la TV.
<b>Rotafolios</b>	Presentar los diferentes métodos de planificación familiar  Presentar todos los mensajes de Plan de Parto en forma de Rotafolio	Ilustran las explicaciones sobre un tema o producto o instrucción. Son instrumentos para uso en comunicación cara a cara y en grupos pequeños. Han sido las herramientas más usadas para la comunicación educativa antes del invento de los proyectores over-head y posteriormente los de Power Point. Complementan una charla o conversación con imágenes, convirtiéndola en un audiovisual.

CUADRO GENERAL DE MEDIOS Y MATERIALES		
MEDIO/MATERIAL	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DEL MEDIO/MATERIAL
<b>Conferencias</b>	Despertar la conciencia e incidencia en autoridades y grupos organizados de la comunidad. Presentan un problema sustentado en hechos reales y presentan su solución en base a la oferta de los servicios de salud.	Charlas preparadas para audiencias identificadas, adaptadas a sus intereses y capacidades de comprensión y asimilación. Pueden ser reforzadas por ayudas audiovisuales como proyecciones audiovisuales y/o rotafolios.
<b>Capacitaciones</b>	Desarrollar las competencias del personal de salud comunitario en aspectos de interculturalidad, uso eficiente de materiales educativos y consejería	Eventos para la transferencia de conocimientos, habilidades y competencias. Pueden ser teóricas, Prácticas o una combinación de ambas y usan herramientas educativas y audiovisuales para reforzar la comprensión de sus contenidos.
<b>Folleto de Plan de Parto</b>	Material impreso que respalda los mensajes del Plan de Parto	Se usan como base para explicar un tema, describir una secuencia de comportamientos o dar instrucciones sobre algo. Las ilustraciones facilitan la comprensión de los contenidos. Es el usuario el que tiene el poder de decidir cuando los usará o consultará, por lo que son ideales para recordar una explicación o una información recibida por otro medio.
<b>Hojas explicativas</b>	Explicar el uso del método de planificación familiar o anticoncepción que hayan elegido. Hojas ilustradas sobre cada método anticonceptivo, para entregar a las personas individualmente o en parejas.	Son versiones más breves que los folletos y comparten sus características y uso.

CUADRO GENERAL DE MEDIOS Y MATERIALES		
MEDIO/MATERIAL	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DEL MEDIO/MATERIAL
<b>Orientación/Consejería</b>	Dar orientación presencial sobre planificación familiar y otros temas de salud, usando materiales educativos preparados al efecto. Se trata de identificar y hacer uso de las oportunidades educativas.	Son eventos de comunicación individual cara a cara donde el mensaje se construye de acuerdo a las necesidades y características de la persona que lo recibe. Son de carácter privado y se pueden reforzar con el uso de materiales audiovisuales.
<b>Movilización comunitaria</b>	Reforzar las organizaciones locales ya existente y uso de las mismas para la promoción de Prácticas de salud.	Son acciones de promoción desarrolladas por personas de la misma comunidad, de forma organizada.
<b>Materiales didácticos</b>	Facilitar los eventos de capacitación sobre los diferentes temas de interés para los trabajadores de salud.	Son materiales para exponer los contenidos de una capacitación que sirven para entenderlos mejor y para consultarlos cuando se necesita usar la información que contienen o recordar los contenidos de la capacitación cuando es necesario ponerlos en práctica.