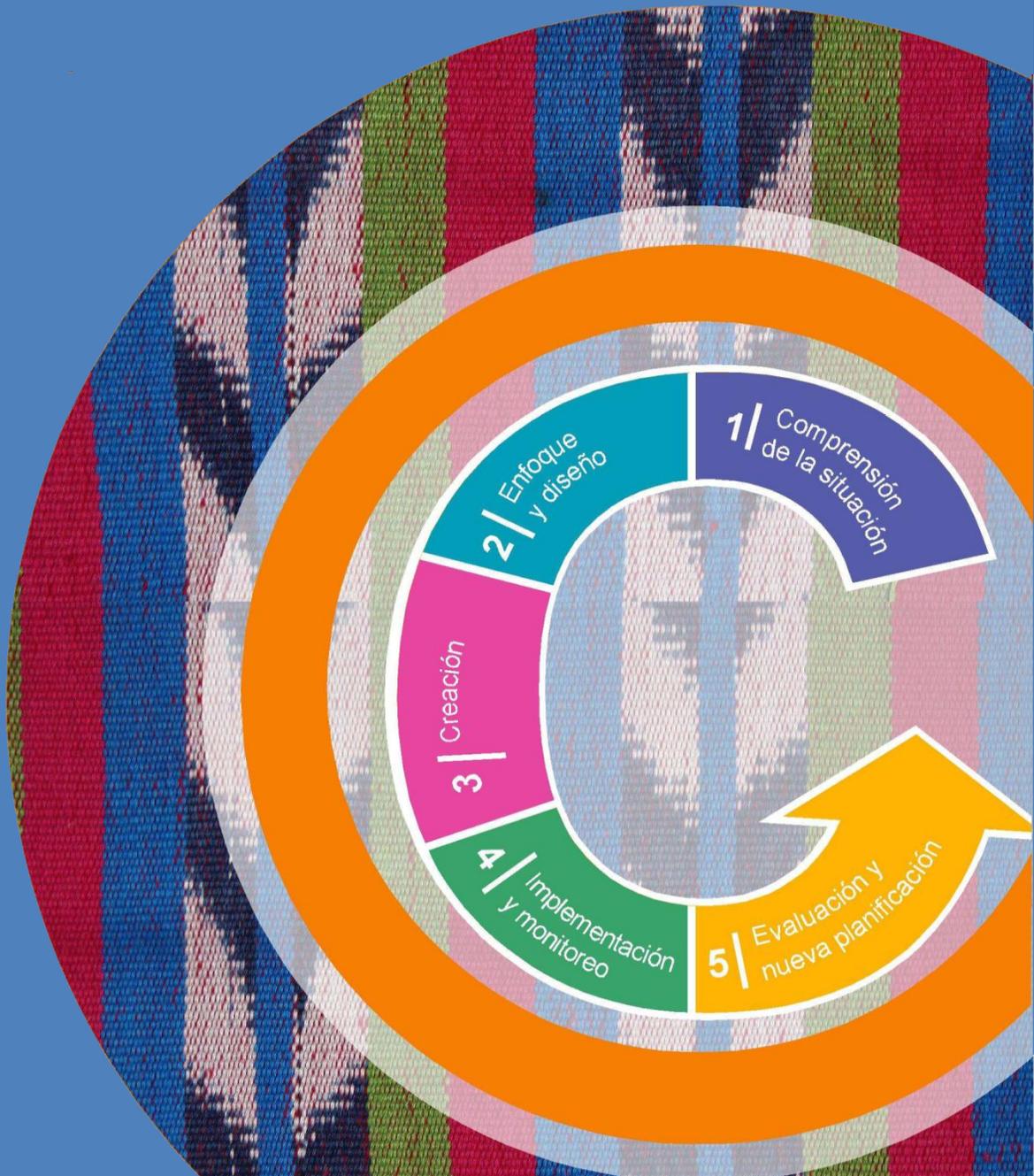


Estrategia Global

De Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSC) para nutrición, planificación familiar, salud materno-infantil, VIH y educación en el Altiplano de Guatemala



©C-Change Guatemala-FHI360. Julio 2012

Este documento es posible gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido es responsabilidad del proyecto C-Change, que administra FHI-360, y no necesariamente refleja las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos de América.

PRÓLOGO

La Estrategia Global de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSyC) para el Altiplano Occidental de Guatemala toma en consideración problemáticas de nutrición, planificación familiar, salud materna, y VIH. La estrategia se basa en una visión de convergencia.

Las personas viven su salud en un continuum de experiencia, dependiendo del ciclo de vida en que se encuentran – familias jóvenes, adolescentes, familias maduras, niños entre 6-13 años. En la Estrategia Global se reconoce que la información y los servicios específicos de salud se necesitan en momentos diferentes de la vida, y por ello impulsa el concepto de convergencia. La convergencia organiza la comunicación alrededor de las familias y comunidades porque ellos son quienes toman las decisiones sobre su salud. La estrategia se basa en una convergencia coordinada de intervenciones claves de salud, alrededor de etapas específicas y estilos de vida de las familias del altiplano occidental de Guatemala. Las acciones de CCSyC integradas por ciclo de vida impulsan un ambiente que apoya acciones de cambio en los sistemas para así apoyar los cambios necesarios en todos los niveles.

A nivel operacional, un enfoque de convergencia abre la puerta a una plataforma de organización alrededor de la cual los componentes previamente independientes pueden unirse para crear una suma colectiva que sea más grande que sus partes. Idealmente esto se cumplirá a través de una alineación estratégica de los recursos y socios existentes, lo que es opuesto a crear estructuras completamente nuevas que requieran nuevos recursos.

La integración de programas de CCSyC provee mayor consistencia y claridad, reduce duplicación de esfuerzos y promueve eficiencia y economías de escala.

La preparación de la Estrategia Global y la guía de implementación es el resultado de esfuerzos conjuntos entre USAID y sus socios para fortalecer la capacidad y destrezas en la aérea de CCSyC en Guatemala. Esperamos que este esfuerzo conjunto apoye los esfuerzos de los muchos profesionales que trabajan en esta disciplina en Guatemala y que ayude a que el país se convierta pronto en un modelo de excelencia en el campo de CCSyC.

Isabel Stout
Sr Technical Advisor
USAID Guatemala

AGRADECIMIENTOS

La Estrategia Global fue desarrollada y producida con el apoyo de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) a través del proyecto C-Change.

Deseamos aprovechar esta oportunidad para agradecer a todas aquellas personas y entidades que, a través de un esfuerzo combinado, su aporte de conocimiento y experiencia hicieron posible este documento.

Al personal de USAID por su participación activa en el desarrollo de la estrategia global que establece el marco para la guía de implementación: Isabel Stout, Baudilio López, Yma Alfaro, Daniel Sinclair, Daniel Muralles, Ingrid Sanchinelli, Giovanni Meléndez, Ligia Alfaro, Felicia Wilson, Haydee Lemus y Wende Duflón. Igualmente nuestro agradecimiento a Gloria Coe en USAID Washington para su incondicional apoyo para este proyecto y para Guatemala.

Al grupo técnico de trabajo por sus comentarios sobre validación de los contenidos de la estrategia global y su participación en el desarrollo del banco de indicadores que apoya la estrategia: Antonio Arreaga, Aracely Tortola, Claudia Valenzuela, Tere Ligorria, Herminia Reyes, Denisse Bautista, Liliana Aldana, Elena Hurtado, Marisol Periera, Paola Muñoz, Rosana Cifuentes, Dora Oliva, Karen Latham, Maribel Quintanilla, Maggie Fischer, y Patricia Ceballos.

Al grupo técnico y asesores de C-Change por el desarrollo de contenidos y diseño: Gary Saffitz, Antje Becker-Benton, Phillis Kim, Ann Fitzgerald, Fernando Arévalo, Luis Fernando Martínez y Ivonne Corado.

5.1.4	Cambios deseados en el VIH	32
5.1.5	Cambios deseados en la Educación	33
5.1.6	Cambios deseados en Instituciones y Estructuras	33
5.2	Estrategias para el Mensaje Clave en la Estrategia Global de Comunicación	36
5.3	Estrategias de Canales Clave en la Estrategia Global de Comunicación	37
11.	Sección VI	38
12.	CONSIDERACIONES ESTRATÉGICAS Y POSICIONAMIENTO	39
6.1	Posicionamiento y Estrategia de Colocación de una Marca	39
6.2	Construir a partir del Programa	41
6.3	Posicionamiento y colocación de la marca: Dos Ejemplos Ilustrativos	42
13.	Sección VII	44
14.	VACÍOS DE INVESTIGACIÓN.....	44
7.1	Vacios de Investigación e Información.....	44
7.1.1	Vacío de PF, SMI y Nutrición	44
7.1.2	Vacios del VIH.....	46
7.1.3	Vacios en la Educación.....	46
15.	Sección VIII	47
16.	MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	47
17.	Sección IX	48
18.	SIGUIENTES PASOS.....	48
9.1	Revisión del Borrador	48
9.2	Desarrollo de la Guía de Implementación y Siguiete Nivel de Planes	48
9.2.1	Realizar una revisión y una evaluación externas	49
9.2.2	Realizar una revisión interna	49
9.2.3	Comprometer la participación activa en la planificación de la implementación	49
9.2.4	Desarrollar lineamientos y herramientas	50
9.2.5	Seleccione un mercado para comenzar.....	50
9.2.6	Desarrolle y refina las listas de verificación del monitoreo	51
9.2.7	Lecciones aprendidas para tomar en cuenta en la guía de implementación y los planes del programa.....	52
19.	Sección X	53
20.	CRONOLOGÍA	53
21.	Sección XI	54
22.	TEORÍAS DEL CAMBIO	54
10.1	Cambio Social y del Comportamiento: Familias y Comunidades del Altiplano Occidental	54
10.2	Cambio Organizacional: USAID y Socios, Gobierno de Guatemala, Prestación de Servicios del MSPAS	55
23.	Sección XI	57

24. Referencias.....	57
----------------------	----

APÉNDICE 1

Estrategias de Salud de CCSyC

Planificación Familiar

Salud Materno Infantil

Nutrición

VIH

Sección I

INTRODUCCIÓN

En junio de 2010, la misión de USAID en Guatemala solicitó asistencia de C-Change para fortalecer la capacidad para la **C**omunicación para el **C**ambio **S**ocial y del **C**omportamiento (**CCSyC**) incluyendo al personal los ministerios de Salud y Educación, de la Oficina de Salud y Educación (HEO) de USAID y los socios.

Comunicación para el Cambio (*C-Change*) es un proyecto financiado por USAID para mejorar la efectividad y la sostenibilidad de las actividades y los programas de la comunicación para el cambio social y del comportamiento (CCSyC) como una parte integral de los esfuerzos de desarrollo en la salud y el fortalecimiento de la sociedad civil. C-Change trabaja con socios globales, regionales y locales para aplicar los enfoques de la comunicación para cambiar los comportamientos individuales y las normas sociales, respaldado con estrategias basadas en la evidencia, fortalecimiento de la más moderna capacidad (CS), la investigación de las operaciones y el monitoreo y la evaluación.

La oficina de HEO en la misión de USAID maneja una amplia cartera de proyectos de los sectores salud y educación. Actualmente no existe un documento de la estrategia de CCSyC de HEO que relacione integralmente las actividades y áreas de enfoque. Este documento presenta una estrategia global de comunicación para los programas enfocados a los temas prioritarios: Planificación Familiar (PF), Salud Materno-infantil (SMI), Nutrición, VIH y Educación para la salud en Guatemala utilizando el enfoque de C-Change para CCSyC.

Esta estrategia garantizará que las intervenciones de CCSyC (es decir, educación en pares, materiales de comunicación que apoya, promoción y defensa, medios de comunicación social, etc.) se focalicen y personalicen para abordar barreras para el cambio social y del comportamiento utilizando un enfoque que combine intervenciones que sean apropiadas para las etapas de la vida de la audiencia.

Un siguiente paso, luego de la revisión y aprobación de esta estrategia global de comunicación en borrador, será desarrollar una guía de implementación detallada que brinde pasos y acciones específicas a tomar creando los cambios estructurales, las intervenciones programáticas de CCSyC y materiales asociados con la implementación.

1.1 El proceso

Se desarrolló a través del proceso colaborativo y con el apoyo de la Oficina de Salud y Educación (HEO) y la Misión de USAID en Guatemala y USAID Washington DC. Entre los pasos clave se incluyeron:

- a) La revisión de los hallazgos de un informe de un consultor de 2010 de la capacidad de CCSyC y los retos dentro de HEO Guatemala con el enfoque de la creación de un programa de CCSyC más integrado.
- b) Una revisión de literatura, ejecución de entrevistas con el personal de USAID y las organizaciones socias y una revisión abreviada de las estrategias, programas y materiales

de comunicación existentes que respaldan las intervenciones de HEO en planificación familiar (PF), salud materno infantil (SMI), nutrición, VIH y SIDA y educación.

- c) El desarrollo de talleres y sesiones de planificación con los funcionarios de HEO para identificar y capturar el análisis de una situación a través de los sectores, incluyendo los retos claves de CCSyC, vacíos de investigación e identificación de los puntos clave efectivos para el cambio social y del comportamiento; el diseño de la estrategia con la segmentación de la audiencia, objetivos de CCSyC, contenido clave e indicadores para medir el éxito para cada una de las intervenciones prioritarias.
- d) La elaboración de estrategias de comunicación específicas de salud para planificación familiar (PF), salud materno infantil (SMI), nutrición, VIH y sida y educación que C-Change las desarrolle. Estas cuatro estrategias (consulte el Apéndice 1) brindan mucho del contenido que conduce el desarrollo y la estructura de esta estrategia global de comunicación de HEO.
- e) El impulso y discusión de un enfoque de convergencia para la estrategia global de HEO elaborada alrededor de los ciclos de vida de la audiencia. Esto se acompañó de un análisis abreviado de los retos estructurales y programáticos asociados con este enfoque.
- f) La preparación de esta estrategia global de comunicación en borrador, diseñada para capturar el proceso del pensamiento, instrucciones y recomendaciones estratégicas para las futuras intervenciones apoyadas de USAID en el Altiplano Occidental de Guatemala.

1.2 ¿Qué es la Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento?

La **C**omunicación del **C**ambio **S**ocial y del **C**omportamiento (CCSyC) es la aplicación en forma sistemática de procesos y estrategias de comunicación dirigida por la investigación y basada en la teoría los cuales nos lleva los “*puntos clave*” para el cambio a nivel individual, comunitario y social. (C-Modules, C-Change, FHI360, 2011).

El enfoque y los principios de CCSyC significan la evolución de los enfoques unidireccionales de la Información, la Educación y la Comunicación (IEC) e incluyen la Comunicación de Cambio de Comportamiento (CCC) a nivel individual. CCSyC también aplica los principios de la comunicación para las estrategias de movilización social y comunitaria y de incidencia. CCSyC ve el cambio social y del comportamiento como un producto de múltiples niveles de influencia que se traslapan, incluyendo el individual, interpersonal, comunitario y organizacional, así como los factores políticos y ambientales. El enfoque busca definir los puntos clave para el cambio, que, en las sociedades complejas como la de Guatemala, no siempre se encuentran a nivel individual. Un punto clave es un evento o un determinante que proporciona la energía para “volcar” una situación para que cambie. (Proyecto C-Change, FHI360, 2011).

1.3 ENFOQUE DE CCSYC DE C-CHANGE

C-Change está aplicando un enfoque de comunicación de cambio social y del comportamiento (**CCSyC**) para los esfuerzos de fortalecimiento de la capacidad en Guatemala para capturar, facilitar, y apoyar la situación compleja y los cambios deseados en la programación que HEO está intentando abordar.

La **CCSC** se puede conceptualizar a través de tres características importantes:

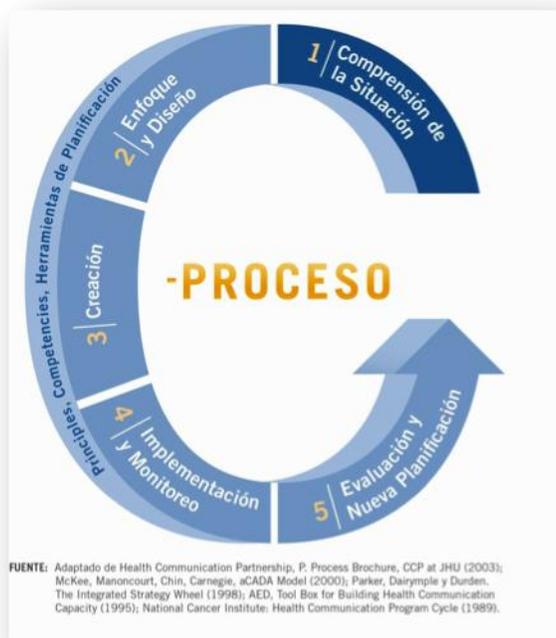
1. CCSyC es un **proceso interactivo**, investigado, planificado y estratégico que busca cambiar las condiciones sociales y los comportamientos individuales.
2. CCSyC **aplica un modelo integral- el modelo socio-ecológico-** para encontrar los “detonantes” para el cambio. Se hace al examinar: el conocimiento individual, la motivación y otros conceptos de CCSyC y las normas, aptitudes sociales, culturales y de género, acceso físico y la legislación que contribuyen a un ambiente propicio.
3. CCSyC opera a través de tres estrategias principales, llámese **incidencia**, movilización social y comunicación para el cambio de comportamiento

Al emplear un enfoque de **CCSyC**, se sigue un proceso sistemático tal como se parecía a continuación.

La metodología de **CCSyC** en C-Change se visualiza en las siguientes graficas:

Figura 1: Proceso-C

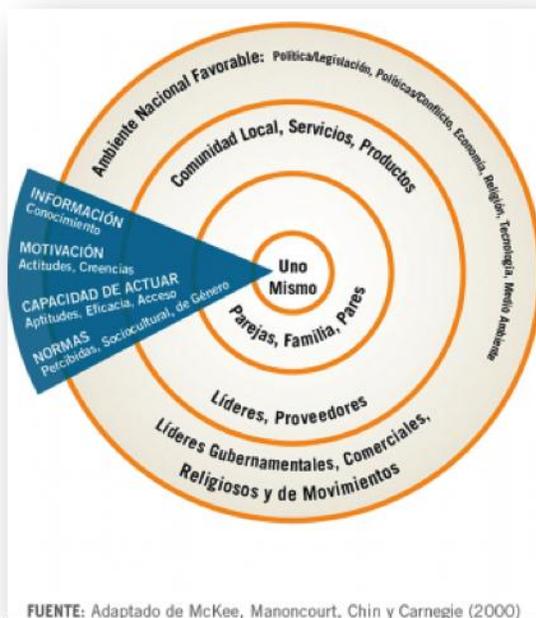
Paso interactivo, investigativo, planificado y estratégico que busca cambiar las condiciones sociales y los comportamientos individuales. Incluye cinco pasos:



1. Entendiendo la situación
2. Focalizando y desarrollando la estrategia
3. Creando intervenciones y desarrollando material
4. Implementando y monitoreando
5. Evaluando y replanteando

1 BARRANQUERO, Alejandro (2007): En R. Reyes (Dir.): Diccionario crítico de ciencias sociales. Madrid y México: Plaza y Valdés.

Figura 2: El Modelo Socio Ecológico



A lo largo de este proceso, se utiliza un modelo socio ecológico para el análisis, que examina varios niveles de influencia para encontrar los “**detonantes**” efectivos para el cambio.

Este modelo tiene dos partes:

1. **Los niveles de análisis** se representan por medio de los anillos. Los anillos incorporan los dominios de influencia, así como las personas que los representan en cada nivel.
2. Los **factores comunes** en el triángulo influyen a todos los actores en los anillos.

CCSyC aplica un modelo integral para examinar diferentes niveles de influencia:

- a) El “uno mismo” mas afectado por el tema.
- b) Los influenciadores inmediatos tales como la familia, sus iguales y la comunidad.
- c) El acceso a y calidad de los servicios, productos y proveedores.
- d) Las barreras o soportes creados por un ambiente permisivo tales como políticas, legislación y religión.

El modelo socio ecológico proporciona un marco para analizar las barreras y para facilitar los factores en diferentes niveles. Este marco de múltiples niveles da como resultado una programación más integral y contextual al analizar los factores internos (como lo es la autoeficacia), los factores externos (como la influencia de la familia y los colegas y el acceso a los productos y los servicios) y los factores indirectos (como lo es la ausencia de políticas nacionales que den respaldo) y cómo se ven influenciados por los factores comunes como su información, motivación, habilidad de actuación basada en sus actitudes y creencias y en las normas sociales y de género.



Figura 3: Estrategias de CCSyC

Basado en el análisis de la situación, CCSyC emplea una mezcla de estrategias clave que van más allá y

complementan de forma efectiva la programación del cambio de comportamiento a nivel individual. Estas estrategias clave son:

- a) **Incidencia**: generar y consolidar el compromiso de liderazgo político y social y elevar los recursos en apoyo directo para las acciones y las metas de desarrollo;
- b) **Movilización social**: para una participación más amplia, creación de coaliciones y posesión, incluyendo la movilización comunitaria y
- c) **Comunicación para el cambio del comportamiento (CCC)**: para obtener cambios en el conocimiento, actitudes y prácticas entre las “audiencias” específica.

Sección II

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN



Iniciando con el proceso de C-Change, se realizó un análisis de situación en dos niveles para el desarrollo de esta estrategia global de comunicación para la HEO.

- **El primer nivel** comprendió un análisis de los retos y las barreras para obtener resultados exitosos en salud. El mismo examinó las intervenciones prioritarias y específicas del programa de salud / educación en PF, SMI, nutrición, VIH y sida y educación. Este análisis ayudó a identificar retos específicos y sus causas relacionadas en las comunidades focalizadas, brechas en la investigación, cambios que se requerían, posibles

detonantes y potenciales fundamentos.

Sobre la base de estos resultados se desarrollaron las cuatro estrategias de comunicación individuales incluyendo la segmentación de la audiencia, análisis de barreras y objetivos específicos de comunicación. Todas las estrategias incluyen enfoques estratégicos, posicionamiento, información clave y canales ilustrativos para las actividades además de los materiales que son específicos para las audiencias, asuntos de salud y contexto regional (consulte el Apéndice 1). Los elementos clave de estos análisis se resaltan e incorporan a lo largo de este documento.

- **El segundo nivel** de análisis fue enfocado a las instituciones, socios, actores y estructuras esenciales para desarrollar una estrategia global de comunicación integral. Asuntos estructurales como estos son cruciales en la creación del cambio de paradigma en la estrategia, de un enfoque sobre la programación vertical de salud a un enfoque sobre una programación horizontalmente vinculada para que apele a audiencias acorde a los ciclos de vida de las familias en el altiplano occidental de Guatemala.

2.1 Retos y Barreras para Resultados de Salud Exitosos en el Altiplano Occidental

2.1.1 Retos en la planificación familiar

La Tasa de Uso de Anticonceptivos (TUA) es relativamente baja (28%) combinada con una enorme necesidad no cubierta (30%) y un corto espaciamiento de los embarazos (62% menos que lo óptimo) entre las mujeres indígenas rurales en Guatemala; todo ello está contribuyendo a embarazos no planificados y un aumento en los riesgos de la salud, en particular el riesgo de mortalidad materno infantil.

El rol de los hombres, suegras y la iglesia en la toma de decisiones influye negativamente en la capacidad de las mujeres de participar en las decisiones sobre su propia salud reproductiva. El acceso limitado a servicios e insumos de planificación familiar en todos los niveles, servicio médico de baja calidad, prejuicios, sesgos (médicos e interculturales) del proveedor de salud y la interacción deficiente entre el proveedor del servicio y el usuario restringen resultados satisfactorios. Las normas arraigadas de género/cultura y la falta de información sobre la planificación familiar y derechos en planificar impiden que las mujeres y los hombres busquen los servicios apropiados de planificación familiar modernos. El tema de planificación familiar es considerado todavía como tabú.

Un inicio temprano de la actividad sexual, roles de género, servicios limitados y apropiados para los jóvenes focalizados a los adolescentes (la escuela, los padres, la iglesia son las barreras) y el estigma asociado con los adolescentes y la planificación familiar/anticonceptivos están contribuyendo a altos índices de embarazos no deseados en adolescentes

2.1.2 Retos en la salud materna infantil

Las mujeres indígenas en el altiplano rural de Guatemala están dando a luz en su casa sin asistentes/as preparados/as y sin capacidad de enfrentar una emergencia obstétrica. Las complicaciones del embarazo y parto, usualmente, ocasionan una cantidad desproporcionada de muertes maternas durante el parto o la primera semana después de dar a luz. Los bebés también son altamente vulnerables a la morbilidad y mortalidad.

Las madres indígenas con desnutrición crónica, un cuidado deficiente pre y postnatal, opciones limitadas de transporte y acceso limitado y la baja capacidad de las instalaciones obstétricas que pueden manejar emergencias, causan las barreras estructurales para los resultados de nacimientos exitosos. La hipotermia, las deficiencias macro y micro nutricionales contribuyen a estos resultados deficientes.

Los esposos y las suegras juegan un rol tradicional en el nacimiento, la incapacidad de identificar las señales de peligro y advertencia, tanto para la madre como para el niño y la preparación deficiente de la comunidad para responder a las situaciones de emergencia, complican los resultados médicos satisfactorios. La lactancia materna es importante, pero usualmente no es inmediata ni exclusiva durante los primeros 6 meses. El destete inadecuado y las prácticas de alimentación complementaria, higiene deficiente y falta de agua potable contribuyen al riesgo. Con frecuencia, las familias no reconocen las señales de peligro y los síntomas en los niños, lo que ocasiona un manejo deficiente de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades transmitidas por el agua. El acceso limitado, los servicios de salud de mala calidad, el temor a un mal tratamiento y la falta de confianza en el sistema de salud crean barreras a la interacción satisfactoria del proveedor de salud con el usuario.

para el Cambio (C-Change) es un proyecto financiado por USAID para mejorar la efectividad y la sostenibilidad de las actividades y los programas de la comunicación para el cambio social y del comportamiento (CCSyC) como una parte integral de los esfuerzos de desarrollo en la salud y el fortalecimiento de la sociedad civil. C-Change trabaja con socios globales, regionales y locales para aplicar los enfoques de la comunicación para cambiar los comportamientos individuales y las normas sociales, respaldado con estrategias basadas en la evidencia, fortalecimiento de la más moderna capacidad (CS), la investigación de las operaciones y el monitoreo y la evaluación.

2.1.3 Retos nutricionales

Las mujeres indígenas rurales y los niños menores de dos años poseen altos índices de desnutrición crónica debido a factores estructurales y conductuales que producen índices más altos de mortalidad infantil y materna y de morbilidad, baja competitividad, baja productividad y altos índices en retraso de crecimiento.

La ubicación geográfica, la estructura y el liderazgo comunitario, los miembros de la familia y las prácticas tradicionales influyen el estado nutricional de las mujeres y los niños. La desnutrición durante el embarazo combinada con una mala iniciación de lactancia, bajos índices de lactancia materna exclusiva y acceso limitado a alimentos complementarios nutricionalmente óptimos, Impactan negativamente en el espacio crítico de 1,000 días en donde la nutrición es esencial para la salud y que tiene un impacto para toda la vida.

Las abuelas, esposos y comadronas refuerzan las costumbres y creencias tradicionales, que dan como resultado una mala nutrición. Los padres compran y deciden los alimentos para la familia, pero no están conscientes del vínculo que existe entre los alimentos y la nutrición. Los servicios de salud y los puestos de salud comunitarios no cuentan con una capacitación adecuada en asesoría nutricional y la prestación de servicios de salud se complica cuando los servicios prestados se consideran inapropiados desde el punto de vista cultural.

Entre líderes locales, escuelas e iglesias existe una falta de coordinación en lo que respecta a abordar los asuntos nutricionales. Las cadenas de valor agrícola y alimentaria aun no han sido plenamente involucradas en el mejoramiento del valor nutricional de los cultivos y alimentos, por la falta de una demanda del consumidor y apoyo financiero y técnico para entrar a los mercados nuevos.

Las causas estructurales tales como la desigualdad y la exclusión, las relaciones y los roles de género normativos, los conceptos existentes y el entendimiento sobre nutrición (prevención en comparación con el tratamiento) y los vacíos entre la agricultura y la nutrición y la salud y los alimentos, limitan el progreso para obtener mejores resultados nutricionales.

2.1.4 Retos del VIH

Las poblaciones que están en un mayor riesgo de infección de VIH (PEMAR) y las personas con VIH (PCV) están renuentes en asistir a clínicas de salud pública debido al tratamiento

estigmatizado y discriminatorio que reciben. Esto refuerza la baja autoestima de los usuarios y da como resultado un mal monitoreo de la salud, índices más altos de morbilidad y mortalidad.

Los proveedores de atención médica están mal capacitados en el área de VIH/Sida y los servicios con orientación al usuario no están conscientes de los problemas relevantes con los derechos humanos. Esta situación bloquea el acceso a la continuidad de la atención para cada una de las poblaciones que se consideran como PEMAR, así como para los PCV

Los líderes de las comunidades locales, las iglesias y las escuelas le asignan una prioridad baja a los servicios de calidad del VIH y sida, aun así, ONG locales que representan a las PEMAR y a las PCV trabajan en actividades de prevención y proporcionan dotación de personal voluntario en las oficinas locales de salud actuando como un vínculo entre sus miembros y proveedores de servicios, promoviendo mejores servicios en las 8 regiones más afectadas por el VIH y sida.

Las normas sociales, los prejuicios, las barreras culturales con relación al comportamiento sexual de las PEMAR y las PCV aunada con la falta de voluntad política a nivel nacional, contribuyen al estigma y discriminación de esta población a pesar de las leyes y las regulaciones de protección.

2.1.5 Retos en la educación

Los padres y las comunidades subestiman la educación. No apoyan ni demandan una educación de calidad, tanto dentro de las escuelas tradicionales como dentro de la comunidad en general. Existe poco a ningún acceso a los libros/bibliotecas y otros recursos que podrían ampliar las oportunidades de aprendizaje más allá del salón de clases.

Los padres y las familias no están comprometidos con las escuelas y el aprendizaje, cierta educación/aprendizaje ocurre en el hogar o en lugares que no son las escuelas. La calidad inconsistente y mala del aprendizaje/educación en las escuelas primarias dan como resultado los bajos índices de alfabetización y los altos índices de deserción escolar/discontinuación antes de completar los estudios/la graduación.

Dentro de la comunidad inmediata existen oportunidades limitadas para practicar y mejorar la alfabetización, incluyendo la educación en salud para los adolescentes.

2.2 De Programas de Salud Verticales a Enfoques Coordinados Horizontalmente por Ciclos De Vida

2.2.1 Enunciado del Problema

HCO actualmente respalda iniciativas críticas de salud sobre Planificación Familiar, Salud Materno-Infantil, VIH y Sida, Nutrición y Educación. En respuesta a las mejores prácticas, la Iniciativa de Salud Global (*Global Health Initiative*) y los marcos estratégicos de Alimentando el

Futuro (*Feed the Future*), HEO se está moviendo de la estructura actual de programas verticales coordinados con sus propios objetivos, estrategias y resultados específicos de CCSyC a un enfoque integral.

Las estructuras verticales coordinadas no explotan totalmente la naturaleza interrelacionada de los asuntos de salud y dejan abierto el potencial de la duplicidad de esfuerzos, inconsistencia en los mensajes, vacíos dentro y a través de los programas y oportunidades limitadas para tomar un enfoque más integral.



En lugar de eso, los programas actualmente compiten por la atención de la audiencia mientras que su contenido no es siempre apropiado al contexto ni relevante con sus ciclos de vida actuales. Como tal, junto con las estrategias de desarrollo integrales de CCSyC en cada una de las áreas de iniciativas de salud/educación, HEO espera desarrollar una estrategia de comunicación que brinde un enfoque más consistente con CCSyC a través de intervenciones coordinadas.

Desarrollar e implementar esta estrategia global de comunicación de HEO requerirá de cambios estructurales y operacionales dentro de HEO y sus socios; nuevos niveles de colaboración/cooperación a través de los socios clave en los sectores gubernamentales, en los sectores de prestación de servicios de la salud (públicos, ONG y privados) y las organizaciones/estructuras comunitarias y recursos adicionales y apoyo técnico asociado con la implementación. Esto muy probablemente dará como resultado actividades adicionales dentro de los equipos de HEO asociadas con las reuniones de planificación, revisiones, colaboración y de realizar modificaciones y ajustes menores a los planes y actividades actuales.

2.2.2 Análisis de barreras

Actualmente, el enfoque integral no está en la misma línea con las realidades estructurales en la programación de HEO así como tampoco en el Ministerio de Salud (MSPAS). Los flujos de financiamiento, las estructuras de manejo, los indicadores y los requisitos de elaboración de informes tienden a estar estructurados a lo largo de las iniciativas verticales de salud que tienden a dar como resultado la implementación vertical de los programas. Para la mayoría de los socios y los interesados, sus mandatos, adjudicaciones, reconocimiento y consolidación están vinculados con sus iniciativas verticales e indicadores respectivos. Los ciclos del proyecto y los cambios inevitables en el personal y el liderazgo dentro de USAID y el Gobierno de Guatemala (GoG) incluyendo el MSPAS, crean retos para la continuidad para cambiar los paradigmas que requieren de horizontes y planificación en un plazo más largo.

2.2.3 Otros hallazgos de una revisión interna de la capacidad de CCSyC

Una auditoría de la capacidad de CCSyC de HEO (2010) identificó retos estructurales para implementar la programación de CCSyC con los socios actuales de USAID. Un análisis de 2010 (Coe, 2010) de la programación de CCC y CCSyC en Guatemala identificó además, cuatro vacíos en la programación de CCSyC:

1. Se debe fortalecer las estructuras de CCSyC a nivel regional, implementando enfoques costo-efectivos:
 - a) Comité de coordinación
 - b) Plataforma de tecnología común e integración
 - c) Monitoreo y evaluación
 - d) Integración de la salud y la educación
 - e) Personal clave: comunicación
 - f) Asuntos clave
 - g) Mezcla de comunicación
2. Las Agencias de Cooperación no están transfiriendo el arte y la ciencia de CCSyC a las instituciones guatemaltecas. Hay una necesidad de un mayor liderazgo de parte del MSPAS, especialmente en salud y nutrición infantil y mortalidad materna infantil. Esta falta de capacidad del MSPAS ha derivado dificultades en la implementación de campañas nacionales de CCSyC.
3. El personal de atención médica no habla el idioma de las personas que atienden (barrera idiomática o cultural).
4. Las Agencias de Cooperación les corresponde mejorar sus estrategias cuando se dirigen a audiencias promotoras de legislación, deben de trabajar con los medios de comunicación para abordar asuntos clave y mejorar sus estrategias de incidencia en pro de impactar al poder legislativo. Las estrategias actuales de los medios impresos se quedan cortas y los socios tienen que trabajar con los periodistas para crear un atractivo, tanto racional como emocional, que sea fácilmente entendible y que dé opciones políticamente viables dentro del contexto guatemalteco.

Adicionalmente, se identificaron los siguientes vacíos en los servicios de CCSyC en la región del Altiplano Occidental de Guatemala:

1. Falta de un enfoque coordinado de CCSyC en el trabajo de USAID y el MSPAS para la programación nacional de salud
2. Limitada planificación descentralizada de CCSyC a nivel municipal y distrital
3. Enfoque de la mayoría de esfuerzos de comunicación son de Información, Educación y Comunicación (IEC) y no corresponden a una mezcla de métodos participativos y carecen de estimulación necesaria para el proceso de cambio del comportamiento.

La estrategia global de comunicación y la guía de implementación estarán abordando estos vacíos.

Sección III

ENFOQUE ESTRATÉGICO

La Estrategia Global de CCSyC está basada en el concepto de una convergencia coordinada de intervenciones clave de salud alrededor de etapas específicas de la vida de nuestras familias del Altiplano Occidental; un enfoque que reconoce que la información y los servicios específicos de salud se necesitan en momentos diferentes, basado en una etapa particular de la vida y del estilo de vida.

Convergencia significa que las actividades y la programación específicas de CCSyC dirigidas a una etapa específica de la vida (por ejemplo, parejas que se acaban de casar) convergerán alrededor de un conjunto apropiado de necesidades de atención a nivel individual, familiar, comunitario, prestación de servicios y político social.

Bajo este enfoque estratégico, la familia es más que el objetivo de los programas de salud. Se convierte en **la fuerza primaria que lleva los programas hacia adelante**. Con el pasar del tiempo, la demanda pública organizada por los ciclos de vida será el motor que impulse el crecimiento del programa y la sostenibilidad de sus intervenciones.

Tres principios rectores ayudarán a moldear esta estrategia de convergencia alrededor de los ciclos de vida:

1. **Las familias y las comunidades son los impulsores de la salud y los resultados de la salud tanto buenos como malos.** Lo que ellas hagan es crítico para éxitos inmediatos y sostenibilidad a largo plazo.
2. **La convergencia y la integración se construyen alrededor de las necesidades de información de la salud ligadas con la habilidad de tomar acciones relacionadas con en momentos más adecuados, asociando todo ello con una de las etapa específica de la vida.** Esto requiere más que información y se basa más en más que lo individual incluyendo un ambiente propicio (interpersonal y comunitario) que respalde tomar la acción.
3. **La convergencia y la integración incluirá un enfoque en los “sistemas”,** que apoye los cambios en todos los niveles y a través de todos los sectores. Esto incluye los sistemas de prestación de servicios de atención médica, sistemas de apoyo basados en la comunidad y mecanismos de apoyo del gobierno y del donante, junto con los cambios en las interpretaciones de género, prácticas culturales que se perciben y normas sociales actuales.

A nivel operacional, este enfoque de convergencia abre la puerta a una plataforma de organización alrededor de la cual los componentes previamente independientes pueden unirse para crear una suma colectiva que sea más grande que sus partes. Idealmente, esto se cumplirá a través de una alineación estratégica de los recursos y socios existentes, lo que es

opuesto a crear estructuras completamente nuevas que requieren nuevos recursos. Por ejemplo:

- a) La integración de los componentes de las cinco intervenciones de salud/educación ayudará a:
 - garantizar la consistencia de la entrega de la información;
 - crear eficiencias y economías de escala;
 - evitar la confusión asociada con mensajes inconsistentes y contradictorios;
 - limitar la duplicidad de esfuerzos y materiales y
 - hacer más fácil la actuación de los clientes, los consumidores y las familias.
- b) La integración del contenido de salud alrededor de etapas específicas de la vida proporciona un ancla o posicionamiento común mientras asegura que los mensajes de salud específicos/críticos no se pierdan:

“La Familia/Comunidad Saludable”

Puede ayudar a identificar comportamientos de entrada y enfoques de grupo como indicadores potenciales del cambio.

- c) La integración de las intervenciones a través de los sectores (público, ONG y privado) se construirá sobre las ventajas comparativas de múltiples socios, cada uno realizando sus fortalezas exclusivas basadas en sus roles y relaciones con las diversas etapas de la vida.

Dado el enfoque de USAID en el Altiplano Occidental, las estrategias intersectoriales pueden crear oportunidades para aprender bajo un modelo de aprendizaje que rastrea el proceso y los resultados de salud, e informar la expansión en el altiplano y los programas nacionales en general.

- d) La integración de las herramientas y enfoques de comunicación dará como resultado vínculos más fuertes y más estratégicos a través de los canales de comunicación incluyendo medios masivos, medios locales, mercadeo comercial, interacciones comunidad/grupos, comunicación interpersonal y consejería de salud y educación. Esto puede resultar en una integración mejorada del lado de la oferta (sistemas de prestación de servicios de salud, sistemas alimentarios/nutrición) y el lado de la demanda (petición de calidad de servicios de salud y acceso a alimentos nutritivos).

También puede resultar en una mejor integración de las campañas nacionales y las iniciativas locales alrededor de las necesidades de la etapa de la vida y no problemas individuales de salud.

3.1 Alineación Estratégica bajo el Enfoque de Convergencia Estratégica

Esta ilustración de las diversas intervenciones y las líneas de interacción y la comunicación de CCSyC sugieren que la mayoría de componentes de las intervenciones funcionan en las mismas comunidades, a través de los mismos centros de salud, focalizando a los mismos hogares. Juntas muestran las muchas **oportunidades para la convergencia y la integración de los múltiples temas de salud alrededor de individuos y grupos**, utilizando los ciclos de vida y los hogares y las comunidades como un principio de organización.



Alinear las intervenciones de CCSyC alrededor de los ciclos de vida requerirá de cambios en la alineación de las estructuras, programas y sistemas para maximizar el impacto, aplicación y sostenibilidad potencial de los resultados de salud.

La verdadera convergencia e integración va más allá de la coordinación y de compartir la información. Requiere de un “centro de gravedad” junto con la propiedad, el compromiso y la participación total de actores clave. Los socios y los interesados deben darse cuenta de que alinearse y ser parte de la estrategia de convergencia fortalece su rol y el rol de sus programas y lo hace sin la necesidad de recursos adicionales, o de pedir sacrificios, compromiso y de abandonar las cosas.

Anticipamos que muchos de estos cambios estructurales tomarán tiempo y negociaciones cuidadosas y muy posiblemente serán guiadas por los innovadores “adoptadores tempranos” para tomar impulso antes que otras organizaciones y socios se alineen.

Una guía de implementación futura abordará el proceso y los pasos para que esto suceda.

En esta etapa en el proceso de diseño, la estrategia identifica los componentes clave para la convergencia, junto con los traslapes y los vacíos que se deben incluir en un programa fuerte de CCSyC. Entre estos se incluyen los siguientes:

3.1.1 Convergencia dentro de Guatemala y el Altiplano Occidental

El principal enfoque geográfico para esta estrategia de CCSyC es en el Altiplano Occidental, en donde las estadísticas de salud actuales de la población desatendida están muy por debajo de los promedios nacionales y la necesidad no cubierta es la mayor.

Enfocar esfuerzos en el Altiplano Occidental presenta retos y oportunidades únicas. De acuerdo con el Banco Mundial, Guatemala tiene una de las distribuciones de ingresos más desigual en el hemisferio. El 20% más acaudalado de la población consume el 51% del PIB de Guatemala. Como resultado, cerca del 51% de la población vive con menos de \$2 al día y el 15% con menos de \$1 al día. Los indicadores de desarrollo social de Guatemala, como lo es la mortalidad infantil, la desnutrición crónica infantil y el analfabetismo se encuentran entre los peores del hemisferio.

(Fuente: <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2045.htm>)

El área se conoce por su topografía rugosa e infraestructura limitada; creando retos asociados con la accesibilidad, malas carreteras y frecuentes desastres naturales incluyendo las tormentas tropicales, inundaciones, derrumbes, terremotos y actividad volcánica. Es el hogar de los pueblos maya, con valores culturales y tradiciones muy arraigadas, y una fuerte identidad étnica que es igualmente resaltada y discriminada, y muy frecuentemente es víctima de los prejuicios culturales y el estigma. Está sujeto a la política y la influencia externa en el Gobierno Central, y tiene una influencia por la política interna y los líderes locales. Y posiblemente lo más relevante es que tiene una participación desproporcionada de los asuntos de salud y de los problemas de desarrollo, quedándose atrás en las estadísticas y datos nacionales. En gran parte impulsados por la falta de inversiones, accesibilidad limitada de las carreteras, malos sistemas de prestación del servicio de salud, alimentos y productos relacionados y mala infraestructura incluyendo disponibilidad/acceso a agua potable segura, higiene básica, educación, información y servicios básicos de salud.

Sin embargo, estos retos también presentan oportunidades. El área es geográfica y culturalmente definida, brindando una oportunidad para el enfoque. Las inversiones en el pasado no han podido mover los indicadores clave cuando se comparan con las tendencias nacionales, proporcionando una oportunidad de innovación, experimentación y la creación de modelos de aprendizaje en un ambiente de enseñanza. Los socios clave y los interesados locales pueden fortalecer sus capacidades para identificar, diseñar y medir nuevas/diferentes intervenciones, con vista hacia la expansión de un aprendizaje institucional y resultados regionales. Manejada de una manera apropiada, **la estrategia de convergencia puede ser un mecanismo para impulsar el cambio, alineando nuevos tipos de asociaciones, involucrando actores tradicionales y no tradicionales y proporcionando un aprendizaje y haciendo una plataforma en todos los niveles de compromiso.** Mientras esté empapada en cultura y tradición, el área no está en total aislamiento. Las influencias externas de los medios, los miembros de familias de inmigrantes que trabajan fuera de la región y que vuelven de visita, el cada vez más grande acceso a los teléfonos celulares, y los cambios generacionales están dando como resultado una evolución del cambio que brinda reflexiones potenciales para la salud y el desarrollo. Las desviaciones positivas (aquellas familias que toman todas las

decisiones de salud correctas, a pesar del ambiente que les rodea) están aumentando y en algunos casos están comenzando a cambiar las normas alrededor de ciertas estadísticas de salud.

Hay poco que perder, mucho que aprender y mucho que ganar, permitiendo la oportunidad de generar emoción e interés alrededor del diseño y la implementación de las intervenciones de CCSyC.

Las actividades de convergencia buscarán alinear y comprometerse con los actores clave y las intervenciones que operan a nivel de la política, la comunidad y las familias, quienes actualmente están trabajando para abordar y/o influir sobre las necesidades de salud y desarrollo en la misma región. Éstas incluyen:

3.1.1.1 Gobierno

A nivel nacional, departamental, municipal y local a través de la autoridad política del Gobierno de Guatemala a través de:

- Sectores de Salud y aquellos relacionados: Ministerio de Salud, Educación, Agricultura, Alimentación y Ganadería, Desarrollo Social (un nuevo Ministerio establecido con el nuevo gobierno en enero 2012), Secretaría de Seguridad Alimentaria y Alimentación (SESAN).
- A nivel municipal, el Consejo de Desarrollo Municipal (COMUDES) es un consejo de un máximo de 20 representantes de entidades públicas representadas en la comunidad.

3.1.1.2 Sociedad Civil y Grupos Comunitarios

A nivel regional, comunitario y social incluyendo a través de:

- Las ONG, las iglesias, las organizaciones religiosas, los comerciantes, las redes comunitarias y redes sociales formales e informales.
- Los Consejos de Desarrollo Comunitario (COCODES - una estructura comunitaria creada para aumentar la participación en la planificación comunitaria y monitorear a las entidades públicas. Los COCODES son parte de una red nacional de comisiones de desarrollo que funcionan en varios niveles: municipal, departamental y nacional.

3.1.1.3 Sistemas de Prestación de Servicios de Salud

A través de:

- Las instalaciones de atención de salud pública y proveedores en todos los niveles de la prestación del servicio (jerarquía de acceso/atención);
- Los trabajadores de extensión urbana, rural y comunitaria y trabajadores sociales y
- Los proveedores relevantes del sector privado.

3.1.1.4 Comunidad internacional

A través de:

- USAID (Salud, Educación, GHI, FTF y a través de otras iniciativas apoyadas por el Gobierno de Estados Unidos como CDC, USDA, HHS);
- Los socios de USAID (CA y socios contratistas) y
- Los donantes (Agencias de las Naciones Unidas, etc.)

3.1.1.5 Estrategias, Canales y Tácticas de Comunicación:

A través de:

- Las intervenciones y canales de medios masivos, incluyendo estrategias, establecimiento de agendas, modelos a imitar, creación de normas sociales y en mensajes, campañas, programas existentes, nueva programación y materiales de programas relacionados;
- Los medios basados en la comunidad e intervenciones de participación comunitaria asociados con grupos y programas sociales, religiosos, educativos, de mercados y de desarrollo;
- Los canales de comunicación y consejería interpersonal, incluyendo herramientas de consejería orientados a los ciclos de vida, materiales educativos, medios dentro de la clínica, escuelas y basados dentro del mercado, religiosos y ambientes sociales, y
- Dentro y a través de programas de incidencia a nivel nacional, regional y comunitario y junto y con el uso de una creciente influencia de nuevas tecnologías de información incluyendo acceso a celulares y medios sociales.

3.1.1.6 Hogares/familias:

A través de:

- Los miembros de la familia se incluye a las audiencias de etapas de la vida clave (madres jóvenes, padres y adolescentes)
- Las influencias clave de las audiencias de los ciclos de vida incluyendo suegras, familiares consanguíneos y otras influencias sociales.

Para propósitos de CCSyC el sistema de prestación del servicio de salud en el Altiplano Occidental es una parte importante para la convergencia a lo largo del sector, incluyendo las instalaciones en todos los niveles, trabajadores y voluntarios de extensión rural y comunitaria. **El punto de partida para realizar esta transición es el modelo de intervenciones verticales, que ha resultado en capacidades inconsistentes en los diferentes temas de salud y de los departamentos, impulsados en parte por el financiamiento y las prioridades nacionales de salud.**

El sistema de salud esta enfatizando un nuevo enfoque que se basa en los territorios y el nivel municipal. Éste proporciona una excelente oportunidad para una mayor integración de los servicios incluyendo los que están en las instalaciones y en la comunidad. También brinda oportunidades para una alineación mejorada con otras estructuras comunitarias/sociales incluyendo grupos en educación, agricultura, religión y los sectores de desarrollo social.

Maximizar las oportunidades para alinear a estos actores e intervenciones clave ayudarán a crear ambientes de prestación de atención médica más propicios a nivel social, político y comunitario dentro de los cuales las familias podrán, y con más facultad, tomar mejores decisiones y acciones de salud.

Sección IV

AUDIENCIAS

Un cambio fundamental en el paradigma en la estrategia global es mover el enfoque impulsor del tema salud a una etapa de la vida individual y familiar; alrededor de los cuales convergen los asuntos relevantes de salud.

Esto mueve a las mamás, a los papás y a las familias de ser beneficiarios de información y asesoría de salud a ser los impulsores y los actores clave como los que buscan la información acerca de la salud y los encargados de la toma de decisiones. **Requiere de sus comentarios para moldear las intervenciones de formas que sean culturalmente relevantes y apropiadas y que reconozca que su rol es utilizar nuestras intervenciones en formas que les ayude a resolver los problemas y abordar/manejar las necesidades de salud de su propia familia. Estas necesidades cambian con el tiempo y a través de los diversos ciclos de vida.** Todos los cuales se suman a la importancia y a las dimensiones asociadas con la identificación y segmentación de estas audiencias clave dentro del entorno de la etapa de la vida.

Existen muchas maneras para definir y segmentar los ciclos de vida de la audiencia; típicamente basado en variables demográficas (edad, sexo, geografía urbana/rural, estado civil, ingresos, educación, etc.) y frecuentemente combinadas con las variables pictográficas o estilo de vida (cultura, origen étnico/tradiciones, comportamiento de compra, etc.).

Al desarrollar la estrategia, se identificaron y consideraron las siguientes etapas de la vida de la audiencia:

4.1 Ciclos de Vida y Necesidades de Información de Salud de CCSyC

Ciclo de Vida	Necesidades de Información
Niños (de 6 años de edad hasta la pre adolescencia)	IMCI, nutrición, higiene
Jóvenes (adolescentes, solteros)	Comportamientos de riesgo, habilidades necesarias para la vida cotidiana, nutrición
Madres solteras	Comunicación entre la pareja, SMI, PF, nutrición incluyendo durante el embarazo, parto seguro, lactancia materna óptima y prácticas de alimentación complementarias, espaciado óptimo y adopción de nuevos anticonceptivos para embarazos apropiadamente espaciados
Casados/Parejas Jóvenes (espaciadores, de 0 a 2 hijos)	
Casados/Parejas Adultas (limitadores, hijos en edad escolar)	Comunicación entre la pareja, SMI, PF, nutrición incluyendo durante el embarazo, parto seguro, lactancia materna óptima y prácticas de alimentación complementarias, espaciado óptimo y transición a limitar el tamaño de la familia y métodos anticonceptivos a plazo más largo/permanentes

4.1.2 Audiencia Objetivo Principal: Segmentación por Ciclos de Vida

Las prioridades de salud y las inversiones principalmente se agrupan alrededor de dos de cuatro ciclos de vida de la audiencia que se identificaron, dando como resultado la tipificación de las siguientes dos etapas de la vida principales: “parejas jóvenes” y “adolescentes”.

Una descripción y ejemplo ilustrativo de cómo los diversos asuntos de salud se alinean para cada una de estas audiencias de etapa de la vida, se detallan a continuación. Estas descripciones y alineación de asuntos de salud y convergencia de intervenciones será un punto de partida para investigación formativa que ayudará a definir y a moldear las intervenciones transversales.

4.1.2.1 Casados jóvenes/parejas (de 0 a 2 hijos) viviendo en el Altiplano Occidental

Un continuum ilustrativo de información acerca de la salud y necesidades de acción:

- Convergencia directa de intervenciones Planificación Familiar, Salud Materno Infantil y Nutrición.
- Convergencia indirecta con la Educación y VIH.

Los Jóvenes casados/parejas son una etapa de la vida definida por el cambio, especialmente porque se mueven de personas solteras a parejas unidas. Ésta es una oportunidad de abordar las definiciones de género y de practicar una buena comunicación entre parejas a medida que planifican su futuro, determinan cuántos hijos van a tener, de qué forma deben criar mejor a una familia y proveer a sus hijos y qué tipo de futuro se avecina.

Las intervenciones relevantes incluirán la integración de la Planificación Familiar, Salud Materno Infantil y Nutrición, con un énfasis en el empoderamiento o autoridad, autoeficacia y cambio de las normas sociales/interpretaciones de género para hacer y tomar las decisiones y acciones de salud dentro de un ambiente más propicio que facilite y respalde esa toma de decisiones y acciones.

Una ilustración de estos componentes dentro de esta etapa de la vida puede incluir:

1. **Comunicación con el cónyuge/pareja:** *Trabajando juntos para planificar su futuro...*
Planificando la cantidad de hijos para ustedes, qué tan pronto, cómo planifican con relación a la salud, la economía y la calidad de su vida familiar.
2. **Embarazo seguro:** *Estar embarazada es un tiempo especial...*
La salud y la nutrición de la madre; el cuidado prenatal.
3. **Parto seguro:** *Garantizando mamás y bebés saludables...*

Dar a luz en una instalación con personal capacitado; planificación para las emergencias (4 retrasos); cuidado del recién nacido.

4. **Lo Mejor para su nuevo bebé: Creando un inicio saludable en la vida...**
Una iniciación temprana de la lactancia materna; lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses; alimentación complementaria óptima; prevención y manejo de problemas de la salud: vacunas, buena nutrición, agua potable segura/higiene, infecciones respiratorias, diarrea.
5. **Espaciado para una salud y un desarrollo óptimo: Mejorando la calidad de vida...**
Elegir el mejor método anticonceptivo; permitir que transcurra tiempo para que la madre se recupere; permitir que pase tiempo para que el niño se desarrolle.
6. **Vivir una mejor vida familiar: Permanecer saludable y activo en la comunidad...**
Higiene y agua potable segura; salud ambiental; buena nutrición familiar; disfrutando de la familia: la escuela, leer en casa, aprovechar al máximo el sistema de salud.

4.1.2.2 Audiencia Objetivo: Adolescentes (jóvenes, solteros) que viven en el Altiplano Occidental

Un continuum ilustrativo de información acerca de salud y necesidades de acción:

Convergencia directa de Planificación Familiar, VIH y Nutrición con intervenciones de educación

Convergencia indirecta con Salud Materno Infantil

Los adolescentes que se encuentran en ciclo de la vida de aprendizaje, especialmente a medida que se mueven de la niñez a ser adultos jóvenes. Están completamente comprometidos con la familia, pero también están estableciendo sus propias relaciones independientes con compañeros y personas de influencia o líderes de la comunidad (escuelas, iglesias, puntos de reunión social) y frecuentemente confían y se ven influenciados por los medios, la interacción social y tecnologías más novedosas.

Las intervenciones relevantes serán las que ofrecen oportunidades para desarrollar aptitudes necesarias para la vida cotidiana que resultan en una mejor toma de decisiones, mitigación de riesgos y mejor calidad en la vida del día a día. Muy probablemente incluirá la integración de la salud y la educación, con énfasis en la prevención y el empoderamiento y en un ambiente de mucho mayor apoyo para hacer y tomar decisiones apropiadas de salud.

1. **Habilidades para la vida: Aprendizaje, negociación y participación en la familia y la comunidad...**
Aprendizaje: lectura y aprendizaje fuera y dentro de la escuela acerca de vivir de forma

saludable incluyendo salud reproductiva, higiene, prevención de infecciones, cuidar de los hermanos y buena nutrición. Negociación: comunicación con los compañeros, comunicación con los padres, trabajar juntos para proteger la salud y el bienestar y planificar por un mejor y más saludable futuro. Participación: desempeñar un rol activo en la familia para ayudar/ y apoyar en los planes de emergencia para el parto, agua potable segura y prácticas de higiene, preparación de los alimentos y cuidado de los hermanos; cuidar de su propia salud.

2. **Comportamientos de Riesgo:** Proteger la salud y estar preparado para el futuro... Protegerse contra embarazos tempranos/no deseados, VIH, mala higiene y nutrición. Conocer y tener acceso a la ayuda, cuando se necesite.
3. **Buena Nutrición:** Conocer y tomar decisiones inteligentes acerca de los alimentos para vivir mejor... Comprar y consumir los alimentos correctos (diversidad en la dieta, los alimentos básicos fortificados, comer saludable/nutrición) y seguir las prácticas de higiene y nutrición óptimas cuando se está alimentando a los hermanos más jóvenes.

4.1.2.3 Audiencias Objetivo Secundarias: Personas Influyentes Clave de los Ciclos de Vida

Aunque los ciclos de vida representan a las audiencias objetivo primarias, no existen de forma aislada de las otras influencias críticas incluyendo a los miembros de la familia extendida, los vecinos, los líderes comunitarios, líderes religiosos, redes sociales y grupos, proveedores de atención médica, mercados, escuelas/maestros, autoridades/líderes nacionales y locales y los medios. Estas audiencias secundarias se identifican en los apéndices adjuntos, junto con las estrategias que incorporan sus roles en la creación del cambio. Se desarrollará y delineará un enfoque integrado para comprometer y activar a estas audiencias en colaboración con el personal y los socios de HEO, como parte de los siguientes pasos en la creación de una guía de implementación de la estrategia global de comunicación.

Sección V

CAMBIOS DESEADOS E INTERVENCIONES DE CCSyC

5.1 Áreas de Prioridad y Puntos Clave para la Norma Social y Cambio de Comportamiento dentro del Marco de la Estrategia Global de Comunicación

Aunque el análisis de la situación delineó los retos y las barreras actuales de salud, esta sección busca que ocurran los cambios deseados y los puntos clave para llevar a cabo esos cambios. En los apéndices puede encontrar más detalles con respecto a los cambios deseados y puntos clave para cada una de las intervenciones de salud. La sección también resalta los cambios deseados e identifica los puntos clave dentro de las instituciones y estructuras para crear un ambiente más favorable para la implementación de la estrategia global.

5.1.1 Cambios Deseados en la Planificación Familiar

- a) Las parejas recientemente “casadas” discuten compartiendo ideas y planes para tener hijos, incluyendo cuándo, cuántos y de que forma espaciar mejor los embarazos. Estas discusiones se comparten con personas de la familia que tienen influencia, incluyendo a las suegras.
- b) Las mujeres están familiarizadas con métodos modernos y creen que la PF es importante, la practica ampliamente y es socialmente aceptable. Ellas entienden y valoran el espaciamiento de los nacimientos, buscando hacer un espacio de forma óptima entre los hijos como una forma de proveer la mejor nutrición y apoyo al desarrollo y al futuro. Esta creencia la respaldan sus esposos, sus familias y la comunidad en general.
- c) Las mujeres tienen la confianza de discutir las necesidades y las opciones de planificación familiar con los proveedores, y de seleccionar el método más apropiado para sus necesidades.
- d) Los y las adolescentes entienden la salud reproductiva básica y saben cómo evitar y protegerse a sí mismos contra un embarazo no deseado o no planificado. Tienen acceso a información apropiada a través de centros de salud, organizaciones comunitarias y ONG locales convenientes para los jóvenes.
- e) Más parejas utilizan métodos modernos para la PF y tienen éxito en espaciar de forma óptima los nacimientos.

Puntos clave de la planificación familiar:

- Que exista mejor comunicación entre esposos
- Que funcionen mejores servicios orientados al usuario
- Que los jóvenes estén mejor informados y más capacitados

5.1.2 Cambios deseados en la Salud Materna Infantil

a)

Las madres embarazadas, sus esposos y los miembros de la familia extendida conocen las señales de peligro de las complicaciones durante el embarazo o parto y tienen un plan de emergencia para llegar a una instalación apropiada, si las complicaciones lo justifican.

b) Las madres buscan y utilizan los servicios de comadronas capacitadas y/o instalaciones especializadas para la atención prenatal de rutina, la atención postnatal y apoyo.

c) Las madres tienen la facultad de buscar, recibir consejería y de entender para comprometerse en prácticas saludables tales como la lactancia materna exclusiva, dar el calostro a su bebé dentro de la primera hora a partir del nacimiento, madres canguro, espaciamiento apropiado entre embarazos, alimentación complementaria, higiene segura y recibir las vacunas adecuadas de acuerdo al día. Están comprometidas y tienen el apoyo de sus esposos, suegras, familia y miembros apropiados de la comunidad.

Puntos clave de la salud materna infantil:

- Que los miembros de la familia y líderes comunitarios puedan reconocer las señales de peligro en el embarazo, cuidado postnatal y estén listos para las situaciones de emergencia.
- Que los proveedores servicios de salud ofrezcan consejería y servicios consistentes orientados al usuario para las necesidades de salud materno-infantil.
- Que la incidencia resulte en el aumento de prestación de servicios en las instalaciones que han sido capacitadas.

5.1.3 Cambios deseados en la Nutrición

a) Las madres entienden y practican una lactancia materna óptima (iniciación inmediata, lactancia materna exclusiva durante 6 meses y lactancia materna continuada con alimentos complementarios hasta los dos años de edad) y sus esposos, suegras y la comunidad les incentiva, apoya y refuerza.

b) Las madres introducen alimentos de valor nutricional complementario adecuado a su debido tiempo durante al momento del destete y después del mismo (alimentos adecuados, variedad y volumen de los alimentos).

- c) Las madres y sus familias entienden y practican una nutrición mejorada en el hogar, con atención especial a:
 - i. la nutrición materna óptima durante el embarazo y la lactancia, incluyendo descanso e ingerir los alimentos correctos durante el embarazo y la lactancia materna;
 - ii. atención nutricional adecuada de los niños enfermos y con algún grado de desnutrición;
 - iii. ingesta adecuada de vitamina A, hierro, ácido fólico y zinc, especialmente para las mujeres y los niños;
 - iv. ingesta adecuada de yodo por todos los miembros de la familia.
- d) Los padres y los proveedores de la salud esperan niños más altos y entienden que la baja talla de los niños y niñas es resultado de una mala nutrición.
- e) Las familias/consumidores del Altiplano Occidental demandan activamente y tienen un mayor acceso a opciones de alimentos nutritivos en la comunidad y el comercio. La información disponible es fácil de obtener, motiva y refuerza sus opciones de alimentos más nutritivos.
- f) Las y los adolescentes entienden el valor de la buena nutrición y activamente participan en prácticas familiares de planificación, compra y preparación de comidas más nutritivas.

Puntos clave de la Nutrición:

Las madres ingieren alimentos apropiados y tienen tiempo para descansar durante el embarazo.

Las madres comprenden y practican una óptima nutrición prenatal y la lactancia materna y reciben apoyo de sus esposos, de sus suegras y de la comunidad.

Los consumidores indígenas activamente demandan y tienen fácil acceso a alimentos asequibles y nutritivos incluyendo opciones de alimentos complementarios para niños de 6 a 24 meses de edad.

5.1.4 Cambios deseados en el VIH

- a) Los niveles de estigma y discriminación se reducen entre las PEMAR, las PCV y los proveedores de atención médica, líderes de las comunidades locales, iglesias y escuelas que están involucradas en la continuidad de los servicios desde prevención hasta atención.
- b) Las PEMAR y las PCV ganan confianza y practican comportamientos más asertivos en busca de salud.
- c) Las normas tradicionales del género masculino cambian a normas más igualitarias, reduciendo además el estigma.
- d) Los y las adolescentes entienden el VIH y están conscientes y siguen prácticas preventivas. A medida que aprenden más, trabajan para reducir el estigma dentro de sus comunidades inmediatas y sus familias.

Puntos clave del VIH

- PEMAR y PCV que muestran un comportamiento asertivo en busca de la salud.
- Redes multisectoriales proactivas reducen el estigma mientras cubren de una mejor manera las necesidades de servicio.
- Los adolescentes reducen los comportamientos de riesgo y siguen prácticas preventivas.
- Las políticas del VIH aseguran el financiamiento de los costos de salud.

5.1.5 Cambios deseados en la Educación

- a) Los padres y la comunidad valoran y demandan una educación de calidad en sus escuelas.
- b) Las oportunidades de aprendizaje se crean más allá del salón de clases, dirigido por un mayor énfasis en la lectura y un mayor acceso a los libros, las publicaciones y la literatura de salud en la comunidad facilitado por bibliotecas y organizaciones comunitarias.
- c) Los índices de alfabetización y de deserción/continuación en las escuelas baja a medida que las escuelas mejoran su calidad de enseñanza y las comunidades se involucran más activamente.

Puntos clave en la Educación

- El compromiso activo de los padres y las comunidades en la educación mejora el aprendizaje, el rendimiento escolar, la calidad de los materiales educativos e inversiones mejoradas en las escuelas.
- El incremento del acceso a los libros y la promoción de la lectura (fuera de la escuela) refuerza los valores de la educación y expande el aprendizaje más allá del salón de clases.
- El acceso de los adolescentes a la lectura y a la información incluye información de salud relevante y culturalmente adecuada.

5.1.6 Cambios deseados en Instituciones y Estructuras

- a) Los proveedores de salud ofrecen consejería y servicios positivamente consistentes con orientación al usuario, creando confianza y proporcionando apoyo a la planificación familiar positiva, salud materna infantil y prácticas de nutrición. Ellos utilizan un lenguaje culturalmente apropiado y elementos que facilitan la consejería; escuchan e incentivan las preguntas de los usuarios y están preparados para ayudarles a que entiendan el continuum de la información acerca de la salud. Además apoyan en el entendimiento de las necesidades de consejería durante el embarazo, un parto seguro, nutrición óptima, espaciamiento óptimo de los embarazos e intervenciones de la salud relacionadas con la etapa de la vida, incluyendo el manejo de infecciones respiratorias agudas, enfermedades que se propagan por el agua, monitoreo del crecimiento y señales de la desnutrición.

- b) Las comadronas tradicionales se capacitan y practican métodos de parto seguro e incluyen el cuidado de madre canguro, tratamiento de parásitos, cuidado apropiado de seguimiento e identificación de los factores de riesgo y señales de peligro para la madre y el niño.
- c) Los médicos hablan abiertamente acerca de la PF moderna durante las visitas al consultorio, junto con consejos sobre el cuidado pre y postnatal, prácticas de iniciación inmediata y lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria apropiada, nutrición óptima para los adolescentes, mamás embarazadas, bebés y niños pequeños y una vida más saludable para las familias jóvenes.
- d) La calidad de la atención del VIH se perfecciona a través de la consejería mejorada y aptitudes interpersonales de los proveedores de salud, reduciendo los prejuicios y el estigma, y llenando mejor las necesidades de las PCV, TSF, HSM, trans-genero y homosexuales.
- e) Las organizaciones comunitarias respaldan e incentivan mejor la salud a nivel de la familia.
- f) Las escuelas promueven la lectura fuera del salón de clases, incluyendo lecturas acerca de la salud.
- g) Las iglesias promueven la nutrición, la higiene y otras prácticas de salud, directamente comprometen a los adolescentes en asuntos relacionados con la salud alrededor de la comunidad y su hogar y respaldan planes de emergencia para los partos a nivel comunitario.
- h) Las ONG locales incorporan y respaldan las iniciativas de salud en sus misiones y programas/intervenciones locales. Tener **familias saludables y comunidades saludables** se convierte en un asunto de todos.
- i) Los líderes comunitarios comprenden, apoyan y aprueban abiertamente los programas de planificación familiar para mejorar la calidad de vida y la salud de las familias. Ellos dirigen y organizan planes de emergencia para los partos para la comunidad, incluyendo el transporte para una instalación apropiada en caso de una emergencia obstétrica. Incentivan y respaldan la lactancia materna exclusiva para los primeros seis meses. Facilitan el acceso a alimentos más nutritivos para las familias, mujeres embarazadas y niños de 6 a 24 meses de edad. Toman su rol de liderazgo al ayudar a reducir el estigma asociado con el VIH y respaldan los centros de salud locales, las ONG y los grupos comunitarios que trabajan con PEMAR y PCV. Su programación CCSyC diseñada por la comunidad se actualiza anualmente, manteniendo el progreso hacia mejores resultados de salud familiar y comunitaria que son visibles y relevantes para la comunidad. Se vuelven defensores de las **familias saludables y las comunidades saludables**.
- j) Las redes multisectoriales proactivas (la oficina de salud local, las ONG locales que representan a las PEMAR y a las PCV, el IGSS, los representantes de la sociedad civil – bomberos y policía) se crean o fortalecen ayudando a movilizar a la comunidad en pro de acceso mejorado a los servicios de prevención y atención.

- k) Los líderes políticos nacionales y Ministerios son incentivados para que inviertan más en salud y nutrición incluyendo: aumento de nacimientos y partos en instalaciones de salud: integración mejorada de los servicios de salud en todos los puntos de contacto en el sistema de prestación de atención de la salud: y promoción y respaldo a mercados mejorados de la cadena de valor agrícola y alimentaria para la nutrición. Los líderes comunitarios, de salud y de comercio están motivados a actuar y promover una salud y nutrición mejoradas a través de los canales y mercados comunitarios.
- l) El gobierno de Guatemala desarrolla y mantiene políticas, regulaciones y actividades nacionales focalizadas a concientizar acerca del VIH creando un ambiente de apoyo para servicios de calidad en atención y prevención del VIH en las 8 regiones de Guatemala que han reportado mayor cantidad de casos de VIH.
- m) Las escuelas mejoran la calidad de la enseñanza/educación en la primaria con la presión y el apoyo de sus comunidades, mejorando el aprendizaje/alfabetización y reduciendo las deserciones escolares e incorpora temas más relacionados con la salud tanto en la escuela como en oportunidades de aprendizaje dentro de la comunidad.

Puntos clave Institucionales

- Los funcionarios de HEO de USAID y los socios planifican, priorizan, manejan, reconocen y financian las intervenciones integradas y logran sinergias y economías de escala a través de la consolidación de la investigación (formativa y monitoreo/evaluación); el compromiso de los interesados, los socios locales basados en la comunidad; las intervenciones futuras del programa y el diseño, la producción y la evaluación de incidencia de CCSyC y los materiales de comunicación, los mensajes y los canales.
- Las contrapartes del Gobierno de Guatemala median e invierten por una nutrición mejorada, partos basados en las instalaciones, redes multisectoriales proactivas que retiren los estigmas y aborden las necesidades de servicio de VIH y la participación de la comunidad en las escuelas y la educación. Ellos influyen a los ministerios relevantes para que se alineen alrededor de las agendas prioritarias de salud en el Altiplano Occidental y a nivel nacional.
- La prestación de servicio de salud pública y privada y de ONGs y los servicios cambian su orientación estructural y sus enfoques para crear consejería y servicios culturalmente sensibles y apropiados a través de un rango totalmente integrado de iniciativas de salud agrupados alrededor de las necesidades de las familias jóvenes y adolescentes en el Altiplano Occidental. Ellos integran los servicios de información acerca de la salud y servicios clínicos y mejoran la interacción del usuario a través de las instalaciones, alcance y consejería y se comprometen con las organizaciones comunitarias, iglesias,

escuelas, mercados y otras instituciones locales para expandir el alcance y la efectividad de comportamientos y prácticas saludables.

5.2 Estrategias para el Mensaje Clave en la Estrategia Global de Comunicación

Una investigación preliminar de los materiales y los mensajes relacionados con la salud reporta: un amplio rango de materiales existentes, en su gran mayoría impresos proporcionando diferentes niveles de enfoque, profundidad técnica y atractivo para la audiencia e identificó varias inconsistencias técnicas en el contenido e información de salud.

Por ejemplo; los materiales de planificación familiar oscilan desde un enfoque estrecho sobre métodos individuales hasta un enfoque más amplio sobre la elección del método, con algunos incorporando más información acerca de la salud alrededor del enfoque de la planificación familiar. Dentro de estos materiales, el consejo acerca del espaciamiento puede ser diferente, con algunos que defienden el plazo de 2 años, algunos 3 años entre los embarazos y otros 3 años entre los nacimientos. Se realizará una revisión más profunda como parte de las contribuciones para el desarrollo de la guía de implementación.

Los materiales y mensajes actuales refuerzan el reconocimiento que la gran mayoría de programas están impulsados por la temática de salud más relevante para el productor, y luego focalizado a los usuarios finales o a los proveedores de salud como herramientas/ayudas de consejería. Como recopilación existen tantas diferencias como similitudes. Aparte de “conjuntos” individuales por tema (por ejemplo, métodos de planificación familiar) los mismos no fueron claramente desarrollados como parte de un todo más grande o continuum desarrollado para abordar un rango de necesidades de salud alrededor de una etapa específica de la vida.

Esto presenta muchos retos oscilando desde lo que se debe hacer con los inventarios actuales de mensajes y materiales recientemente producidos, hasta cómo garantizar la consistencia del contenido clave y de volver a empacar la información en un formato integrado que aborde el rango de necesidades de información acerca de la salud desde la perspectiva de la etapa de la vida.

Los mensajes y objetivos específicos de salud se describen en los apéndices.

Se recomiendan las siguientes estrategias y lineamientos a medida que avanza el proceso de implementación.

- 1) Reunir a los expertos técnicos para identificar y llegar a un consenso sobre el contenido crítico de salud y los mensajes que son relevantes para los temas de salud acorde a cada etapa de la vida.
- 2) Utilizar este consenso para desarrollar una herramienta técnica para que todos los socios la apliquen en sus actividades de CCSyC en todos los niveles.
- 3) Crear un mecanismo dentro de HEO y/o la sociedad que permita una revisión rápida pero precisa del contenido técnico como parte del proceso formal de aprobación.

- 4) Explorar conceptos, enfoques, imágenes y lenguaje a través de consultas con la audiencia, realizando investigación formativa y enfoques participativos que representen a las audiencias y sus ciclos de vida dentro del contexto de la cultura, las tradiciones e interpretaciones del Altiplano Occidental.
- 5) Utilizar esto para desarrollar un menú de intervención dentro de cada temática de salud que pueda guiar a los socios y a los interesados en el desarrollo de intervenciones futuras de CCSyC, materiales y mensajes de apoyo.
- 6) Reconocer los cambios estructurales e institucionales requeridos para la implementación del enfoque de convergencia transversal y de integración de la salud alrededor de las audiencias y sus ciclos de vida;
- 7) Desarrollar intervenciones de CCSyC, materiales de apoyo, mensajes y específicos para facilitar el cambio institucional/estructural. Es muy probable que esto vaya a involucrar una combinación de incidencia, interpretaciones y comunicación interpersonal, apoyo técnico asociado con el manejo del cambio, materiales de “saber cómo usar”, y un programa de manejo del conocimiento en base al aprendizaje compartido.
- 8) Explorar de forma colectiva las formas en que los inventarios actuales de materiales podrían utilizarse y combinarse en una forma que comience a preparar el terreno para un enfoque más integrado de CCSyC.

A medida que avanzan la convergencia y los programas, organizar y desarrollar materiales, programas, mensajes e intervenciones nuevas y más adecuadas (con orientación interpersonal, de consejería, comunitario, medios de comunicación local, medios masivos y incidencia) para impulsar, apoyar y reforzar cambios y resultados positivos en la salud.

5.3 Estrategias de Canales Clave en la Estrategia Global de Comunicación

En los anexos se identifican y detallan las estrategias de los canales clave. Éstas incluyen:

- Una combinación de medios masivos, medios de comunicación locales, interacción comunitaria, comunicación interpersonal, consejería y canales comerciales (Audiovisuales, impresos y medios sociales) que penetran en audiencias de parejas en etapa de la vida y adolescentes y las personas que influyen sobre ellos.
- Una combinación de canales de incidencia incluyendo reuniones, presentaciones, eventos, intercambios interpersonales y incidencia en los medios de comunicación focalizados alrededor de los líderes nacionales y locales y diseñados para influir en el establecimiento de la agenda, las inversiones y el cambio estructural en la prestación de los servicios de salud, preparación para el nacimiento, servicios de VIH, nutrición mercados/cadenas de valor de nutrición; escuelas y alineación ministerial y político local alrededor de asuntos críticos de salud en el Altiplano Occidental.
- Un rango de canales organizacionales internos (similares a canales de negocio a negocio B2B) incluyendo incidencia de los medios de comunicación, reuniones, presentaciones, eventos, canales internos (empleados, miembros, etc.) talleres formadores de capacidad, intercambios interpersonales, tutorías y asistencia y

herramientas técnicas diseñadas para comprometer a las organizaciones comunitarias clave (ONG, escuelas, iglesias, grupos comunitarios y negocios relacionados con los alimentos, la salud y ciclos de vida) para respaldar y hacer progresar a familias y comunidades saludables.

Se focalizará un subconjunto de estos canales específicamente para el sistema de prestación de servicios de salud, para respaldar el manejo del cambio y el desarrollo de la organización a través de las instalaciones, proveedores, consejeros o asesores y sistemas de alcance que son específicos para la integración estructural de los servicios de salud alrededor de las etapas clave de la vida.

A medida que la convergencia se pone en camino y se desarrollan los nuevos materiales y mensajes del programa/campaña, las estrategias de canal evolucionarán para incorporar temas integrados, apalancar economías de escala y maximizar el impacto del mensaje.

Por ejemplo: esto puede incluir programas educativos de entretenimiento que se enfoquen en modelar nuevas interpretaciones de género, resaltar opciones y comportamientos saludables a través de la etapa de la vida, cambio de las normas sociales y facultar o empoderar a las familias para que hagan más y esperen más al determinar su propia salud. Además puede vincular esto y depender de llegar a etapas de la vida con información integrada acerca de la salud y oportunidades para tomar acciones de salud utilizando teléfonos celulares, redes sociales, organizaciones comunitarias y resolución de problemas basados en la comunidad con canales de comunicación interpersonal como lo es de compañero a compañero, de familia a familia y de comunidad a los miembros. Esta convergencia de las estrategias de canal se explorará durante el desarrollo de la guía de implementación.

Sección VI

CONSIDERACIONES ESTRATÉGICAS Y POSICIONAMIENTO

Existen muchos caminos/opciones abiertas para los planificadores que deseen implementar esta estrategia de convergencia, oscilando:

Desde lo revolucionario:

Un arreglo completo de los sistemas y programas actuales de CCSyC bajo un letrero de convergencia completamente señalado y altamente organizado.

Hasta lo evolucionario:

Alineando sistemas y programas con el pasar del tiempo, comenzando con “algo fácil de hacer y victorias tempranas” de alineación, y formando convergencia a partir del programa.

Dado los recursos limitados y comprometidos dentro de la cartera de USAID y las adquisiciones planificadas asociadas con la Iniciativa Global de Salud y *Feed the Future* [Alimentando el Futuro], los planificadores querrán tomar un enfoque más evolucionario al desarrollar la guía de implementación y los planes del programa y de implementar los componentes clave de la estrategia.

Sin importar el enfoque, la estrategia de convergencia requiere de un empaque cuidadosamente trabajado y bien posicionado de las intervenciones esenciales de salud alrededor de las etapas centrales de la vida.

6.1 Posicionamiento y Estrategia de Colocación de una Marca

Una estrategia de colocación de marca (*Branding*) ayudará a proporcionar e impulsar conexiones y un hilo conductor entre y a través de las intervenciones, mensajes y materiales integrados de CCSyC.

Las audiencias deberían experimentar cada pieza individual (por ejemplo un volante sobre métodos de la PF, un evento comunitario de nutrición, etc.) y cada experiencia relacionada con la salud del ciclo de la vida (por ejemplo la visita al centro de salud, un evento de gran alcance, consejería en salud, etc.) como parte de un todo que, cuando se toma en conjunto, es la forma en que las familias en el Altiplano Occidental toman las opciones correctas para sus hijos y ellas mismas.

Aunque la creación de esta alineación es el primer paso al organizar intervenciones, hacer que las conexiones sean claras, explícitas y encontrar formas para hacer que estas conexiones sean fácilmente comprendidas en las mentes de las familias y las comunidades, se facilita a través de una estrategia consistente y relevante de marca.

A continuación se detallan recomendaciones, lineamientos y ejemplos ilustrativos en el desarrollo del posicionamiento y la estrategia de colocación de marca:

Utilizar la investigación formativa desarrolla una "estrategia de marca" que fácilmente identifica, vincula y enmarca las intervenciones de salud alrededor de los valores y las percepciones de las audiencias acorde a etapa de la vida.

Considere los siguientes lineamientos cuando desarrolle la marca y el posicionamiento. Cree una marca y posicionamiento que las audiencias sientan que es:

- a) Ambiciosa, atractiva, alcanzable, simple, memorable, fácil de entender y comunicar con un sentido de identidad y pertenencia compartida (normativa) y culturalmente relevante.
- b) Amplia para respaldar todas y las futuras intervenciones de salud relevantes.
- c) Flexible para utilizarse como un marco global independiente y/o como una firma de ajuste sobre las intervenciones de salud individuales y los materiales del programa.
- d) Simple y barata para adaptar y aplicarla a través de los medios, materiales, instituciones, eventos y otras aplicaciones. La marca debe mantener la integridad de la imagen/comunicación a través de un amplio rango de la aplicación oscilando desde los medios de divulgación en el extremo más alto, hasta panfletos baratos de un solo color para ayudas de consejería desde enormes carteles hasta calcomanías pequeñas, etc.
- e) Capaz de identificar, apoyar, respaldar y mejorar el rol y el valor de todos los actores clave incluyendo las audiencias y beneficiarios objetivo, las personas de influencia, redes de apoyo social, instalaciones de salud, líderes comunitarios y legisladores.
- f) Representada por una imagen simple, eslogan o línea para la firma y/u otro dispositivo visual o nemotécnico que permita la identificación instantánea y el reconocimiento que pueda vincular materiales, mensajes, socios y programas.

Vincule la estrategia de colocación de marca con los proveedores de la salud, redes comunitarias, canales de medios de comunicación y soluciones basadas en el mercado. Permita, apoye y facilite su adopción y uso de la estrategia de marca en sus propios programas e intervenciones.

Explore las oportunidades para colocar una marca a las "familias saludables". Un enfoque de "familia saludable" provee:

- a) La posesión de la salud en manos de las familias y sus comunidades a través de la autodeterminación, autoridad local y proveedores de servicios/información.
- b) La convergencia de los programas nacionales de salud a nivel de la familia con un enfoque en los indicadores/resultados claves.

- c) El reconocimiento a las familias que adoptan y siguen prácticas de salud de ciclos de vida.
- d) La demanda sostenible para la salud, motivado por los consumidores de la familia.

Explore las oportunidades para colocar una marca a las “comunidades saludables”. Un enfoque de “comunidad saludable” provee:

- a) El reconocimiento a los crecientes números de “familias saludables” en la comunidad.
- b) El acceso a las familias a servicios básicos de salud de calidad y promueve oportunidades y brinda apoyo para tomar decisiones acertadas de salud.
- c) La promoción y reconocimiento de las organizaciones públicas, ONG, comerciales, sociales, educativas, religiosas y políticas que pueden trabajar colectivamente para abordar las necesidades y oportunidades de salud de la comunidad; **creando un cambio normativo.**
- d) El establecimiento del rol de la autoridad local en pro de velar por el progreso de la agenda de salud de la comunidad, asó como monitorear y promover los indicadores y mejoras clave de salud con el pasar del tiempo.

Desarrolle y publique los “estándares y lineamientos de posicionamiento y de colocación de marca” que facilitarán una amplia adopción y uso de parte de todos los sectores, mientras mantiene la integridad y la consistencia en la aplicación.

Explore los asuntos propietarios con el Gobierno de Guatemala y los planes de expansión de más amplio espectro que pueden incorporar otras prioridades de salud y mercados geográficos adicionales más allá del Altiplano Occidental.

6.2 Construir a partir del Programa

Desarrollar un posicionamiento y una estrategia de marca tomará tiempo y muy posiblemente involucrará varias rondas de consultas con la audiencia como investigación formativa, incluyendo estudios de exploración/pruebas de concepto y mapeo y revisiones del proceso con los interesados y las contrapartes.

Durante este tiempo y mientras se desarrolla la guía de implementación y los planes del programa, los planificadores querrán explorar mecanismos para alinear las intervenciones actuales y para elaborar la estrategia de convergencia a través de sus programas existentes.

Entre las recomendaciones se incluyen:

- a) Establecer un grupo de trabajo técnico de CCSyC con representantes de todos los programas clave de intervención de salud. Involucrar a este grupo en el desarrollo de la guía de implementación, aprovechando su experiencia y ayudando a garantizar la pertenencia a medida que la estrategia avanza.

- b) Por medio del grupo de trabajo técnico, identificar y recolectar información, planes y ejemplos de todas las intervenciones, materiales, mensajes y actividades de CCSyC que actualmente están en uso, encaminadas y/o en funcionamiento en años venideros. Utilizar esta recolección para identificar vínculos, duplicidades, vacíos y oportunidades inmediatas para alineación y convergencia. Identificar mecanismos temporales para la aplicación del posicionamiento/estrategia de colocación de marca para los materiales existentes cuando sea posible. Cuando esto no sea posible, desarrollar planes a largo plazo y cronologías para una alineación eventual.
- c) Aunque la mayoría de detalles del progreso vendrán del siguiente paso de desarrollar la guía de implementación, los planificadores querrán comenzar a explorar las necesidades y las oportunidades para desarrollar nuevas intervenciones de CCSyC, incluyendo programas, campañas y materiales que pueden funcionar en todos los niveles (medios de comunicación, comunidad, interpersonal) y que capturen las intervenciones de salud integradas como si estuvieran totalmente posicionadas alrededor de los etapas de la vida. A medida que se establezca el gobierno 2012-2016 y los interesados y las sociedades se formen en el Altiplano Occidental, los planes futuros para el desarrollo y lanzamiento de algunas campañas transversales con tiempo crítico y/o eventos brindarán un “jalón” agregado al “empuje” de la formación del programa, y creará un ímpetu adicional para ayudar a impulsar la implementación.

6.3 Posicionamiento y colocación de la marca: Dos Ejemplos Ilustrativos

La Estrategia de la “Mejor Familia”

- Un enfoque aspiracional de “**hacer lo mejor que pueda y de tomar las mejores decisiones**” para mejorar la vida familiar
- Desear lo **mejor** para sus hijos... y para usted mismo.
- Aprender acerca de las **mejores** opciones y elecciones y tomar la **mejor** decisión
- Instituir las **mejores** prácticas dentro de los servicios de salud
- Motivar y reconocer a los proveedores que hacen lo **mejor** que pueden en aconsejar y tratar a los usuarios
- Identificar fácilmente de las **mejores** prácticas en el espaciado de embarazos, lactancia materna, alimentos complementarios, partos seguros, etc.
- Identifica, define y refuerza los roles: las mamás que dan de mamar proveen el **mejor** alimento, las parejas que espacian los embarazos para darles la **mejor** vida a sus hijos; los **mejores** papás y mamás que hablan acerca de lo que es **mejor** para sus hijos; los **mejores** proveedores son los que tratan **mejor** a sus hijos
- Facilita los enfoques basados en el mercadeo de alimentación fortificada siendo los **mejores** alimentos básicos, aquellos nutritivos como los **mejores** víveres, dietas variadas como las **mejores** dietas.
- Reconoce y refuerza los esfuerzos: al tratar y al hacer lo **mejor** de nosotros a pesar del contexto, limitaciones y normas culturales

La Estrategia “Familia Protegida”

- Un enfoque sobre “proteger” a las familias de las malas decisiones y la mala salud
- Querer **proteger** a sus hijos... y a usted mismo.
- Aprendizaje acerca las opciones y elecciones correctas que brindan **protección**
- Proveer y enseñar prácticas **de protección** dentro de los servicios de salud
- Motivar y reconocer a los proveedores que **protegen** la salud de sus usuarios a través de consejería y el tratamiento adecuado
- Fácil identificación de las prácticas **de protección** en el espaciado, lactancia materna, alimentación complementaria, partos seguros, etc.
- Identifica, define y consolida los roles: papás que **protegen** a sus familias incluyendo su salud; mamás que dan de mamar a sus bebés para **protegerlos**; parejas que espacian los embarazos para **proteger** el futuro de sus hijos; padres **protectores** que platican de cómo **proteger** el futuro de sus hijos; los mejores proveedores son los que **protegen** la salud de sus usuarios
- Se presta a sí mismo para enfoques basados en el mercado con diferentes dietas, elementos básicos fortificados y alimentos más nutritivos que **protegen** contra las deficiencias de nutrientes
- Proporcionando la mejor **protección** para nuestras familias sin importar las circunstancias

Sección VII

VACÍOS DE INVESTIGACIÓN

7.1 Vacíos de Investigación e Información

Un primer paso clave en el desarrollo de cualquier estrategia de CCSyC incluye reunir datos y documentos de antecedentes, realizar revisiones secundarias de la literatura y entrevistar a autoridades, líderes, socios y participantes clave como parte del proceso de aprendizaje inicial. La cobertura de la recolección y análisis de los datos frecuentemente está impulsada por la disponibilidad y accesibilidad de la información y el tiempo y los recursos que están disponibles.

Un enorme beneficio de este ejercicio no es sólo el aprendizaje de lo que usted puede saber, sino en la identificación de lo que usted no sabe. Al revisar la información de antecedentes que se utilizó para informar el desarrollo de esta estrategia global de comunicación, los planificadores identificaron los siguientes vacíos de información.

Vale la pena anotar que esta información puede de hecho existir, pero no se encontró en el tiempo en que se estuvo preparando esta estrategia. No obstante, a medida que avanza el proceso para el desarrollo de la guía de implementación, el equipo de planificación querrá considerar los vacíos de información que se detallan a continuación:

1. Los vacíos son válidos;
2. El valor y uso de la información que falta se equilibra contra los costos de investigación y de recopilación de la misma;
3. Los mejores mecanismos y protocolos de investigación para recolectar información de alto valor;
4. Las oportunidades de convergencia y economías de escala en recopilación de la información;
5. La forma que se puede construir mejor esta investigación dentro de los planes de investigación de los programas (mecánica de quién hará qué, cuándo), y
6. La forma de maximizar mejor el valor y el uso de la información a través de las intervenciones de CCSyC.

7.1.1 Vacío de PF, SMI y Nutrición

a) Se necesita de investigación formativa para proporcionar reflexiones y conocimiento adicional acerca de la información, motivación, capacidad para actuar, influencias y comportamiento normativo entre las audiencias seleccionadas acorde a cada etapa de la vida relativa a las intervenciones clave de salud.

b) Cuál es el rol de la suegra en relación con la etapa de la vida de las parejas jóvenes; cómo ella y otros entienden su rol en influir las decisiones familiares acerca de la PF, la SMI y la nutrición: cuáles son las barreras de ella, qué le influye a ella y qué puede cambiar sus actitudes y mejorar su influencia con relación a respaldar la planificación familiar, espaciado óptimo, comadronas capacitadas en el parto, planificación para emergencias obstétricas,

lactancia materna óptima y nutrición familiar, etc. ¿USAID u otros grupos han identificado alguna ventana de oportunidad exitosa que integre a las suegras como un recurso y socio efectivo?

c) ¿Cuáles son los canales y actividades culturalmente apropiadas y específicas del idioma que han tenido éxito o parecen ser prometedores en la creación del cambio en el Altiplano Occidental? ¿Qué podemos aprender de estos estudios de caso?

d) ¿Cuáles son los éxitos con la participación masculina en el Altiplano Occidental? ¿Cuáles son las barreras y las oportunidades para los padres para que participen en las intervenciones clave de la etapa de la vida incluyendo la planificación familiar, planificación de emergencias y la nutrición óptima durante los primeros 1,000 días? ¿Qué les influye a ellos y cuáles son las estrategias para incrementar y mejorar su participación directa?

e) ¿De qué forma podemos entender mejor y contrarrestar las tradiciones y los mitos que impactan de una manera negativa las decisiones en salud? ¿Cuáles son las mejores formas de cambiar las creencias culturales con relación a los "alimentos calientes y fríos" para los bebés, el calostro, la necesidad del "examen del proveedor de atención médica" en las siguientes 48 horas luego del parto? Y ¿Otras prácticas profundas culturales y tradicionales fundamentales para las prácticas del parto, la planificación familiar y prácticas nutricionales?

f) ¿Cómo podemos entender mejor las causas de la mortalidad infantil en el período post neonatal y desarrollar intervenciones de prevención apropiadas? ¿Cómo podemos entender de una mejor manera los problemas de salud que impactan a la nutrición durante los primeros 1,000 días? ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas? ¿Cómo se comprometen ellos de una mejor manera con los más involucrados incluyendo a las mamás que están embarazadas, padres, suegras y hermanos mayores?

g) ¿De qué forma maximizamos la capacidad y la habilidad del sistema de prestación de servicios de salud para integrar y ofrecer el rango completo de información, consejería y servicios específicos a las necesidades de las parejas jóvenes y adolescentes? ¿Qué métodos modernos están consistentemente disponibles y cuáles están sujetos a agotarse? ¿Cómo pueden ellos colocar en jerarquía los servicios que llenan mejor las necesidades de los planes y eventos de emergencia obstétrica locales? ¿Cuáles son las barreras para incorporar la PF, la SMI y la nutrición en todos los puntos de contacto del consumidor clave dentro del sistema de prestación de servicios de salud? ¿Qué está disponible y/o pudiera estar disponible para servicios convenientes para los jóvenes para los adolescentes? ¿Cómo podemos abordar el estigma, reducir la discriminación cultural, mitigar los prejuicios y mover los servicios y alcance hacia un enfoque centrado en el usuario basado en el afecto y el respeto?

h) ¿Cuáles son las intervenciones basadas en la comunidad que son más prometedoras y qué organizaciones tradicionales y no tradicionales deberíamos involucrar? ¿Cuál ha sido y cuál puede ser el rol de las organizaciones religiosas e iglesias en apoyar mejor la nutrición, los embarazos más saludables y los partos, el espaciado óptimo y la planificación familiar y cómo

pueden ellos estar mejor comprometidos para influenciar a sus miembros, a sus comunidades y a otras organizaciones comunitarias?

i) ¿Cuáles son las barreras y las oportunidades entre los políticos nacionales y líderes ministeriales para comprometer las cadenas de valor agrícolas y alimentarias para abordar la desnutrición y apropiamientos? ¿Cuáles son las barreras y las oportunidades a nivel local para apalancar los enfoques basados en el mercado para mejorar la cantidad y la calidad de opciones de alimentos accesibles y óptimamente nutritivos, incluyendo alimentos complementarios y suplementos alimenticios para mamás embarazadas y sus hijos (de 6 a 24 meses de edad) durante los primeros 1,000 días y alimentos más nutritivos para niños más grandes y adolescentes?

7.1.2 Vacíos del VIH

a) Se necesita de análisis y mapeos ambientales actualizados para obtener información sobre las asociaciones locales de derechos humanos (qué grupos, qué roles y qué cobertura geográfica); servicios de VIH/ITS (quién está ofreciendo qué, en dónde y con qué cobertura) y de las poblaciones objetivo críticas incluyendo lugares populares de hombres que sostienen sexo con hombres (HSH), transexuales y trabajadoras sexuales femeninas (TSF) en las áreas urbanas departamentales.

b) ¿Cuáles son las barreras, oportunidades y recursos existentes que vinculan la planificación familiar, ITS y servicios de VIH en el Altiplano Occidental?

7.1.3 Vacíos en la Educación

a) ¿Cuáles son los modelos exitosos de la programación de nutrición y salud basada en la escuela en el Altiplano Occidental? ¿Cuáles son las oportunidades de aprendizaje informal y de currículo formal? ¿Cómo se vinculan estos con la salud y la nutrición en la familia y específicamente con los primeros mil días? ¿Cómo se vinculan estos con los adolescentes y con la comunidad en general? ¿Puede y cómo puede esto ser una plataforma para mejorar el valor de las escuelas, expandiendo el aprendizaje y la lectura en la comunidad en general y conectar mejor a las escuelas con las familias, las organizaciones comunitarias y los líderes locales?

Sección VIII

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Además de la investigación formativa que guiará el desarrollo de las intervenciones bajo la estrategia global de comunicación, el monitoreo y la evaluación de estas intervenciones será crítica para desarrollar el aprendizaje que es necesario para hacer correcciones a medio camino para expandir y aumentar los éxitos a lo largo de la región.

Como parte del desarrollo de la guía de implementación, los planificadores querrán desarrollar un conjunto de indicadores consolidado que pueda medir el progreso hacia los resultados clave de salud basados en la estrategia de convergencia y el enfoque de la etapa de la vida.

Adicionalmente, los planificadores desarrollarán un conjunto de listas de verificación de monitoreo y herramientas de rastreo/medición diseñadas para capturar medidas del proceso, productos e impactos y para proporcionar un contexto de antecedentes y entendimiento para cualquier evaluación futura de los resultados. (Éstas pueden incluir medidas del cambio institucional, participación comunitaria, comunicación interpersonal y consejería, comportamientos que buscan la salud y así sucesivamente).

Finalmente, los planificadores querrán desarrollar un modelo de “plan de aprendizaje” y una plataforma de manejo/compartir el conocimiento que puede servir como una plataforma colectiva para todos los interesados y los socios para facilitar y compartir el aprendizaje a través de los asuntos de salud, ciclos de vida y la región del Altiplano Occidental. Hay muchas cosas nuevas bajo esta estrategia de convergencia de CCSyC. Aunque se basa en una teoría consistente y prácticas basadas en la evidencia, los retos únicos de la región ofrecen oportunidades para la innovación, la toma de riesgos calculada y prueba de mercado de nuevas ideas, y el desarrollo de nuevos modelos de intervenciones, todos pueden resultar en un aprendizaje y progreso significativo del campo. Los equipos del programa querrán maximizar este aprendizaje y publicar y compartir los resultados, contribuir con la formación de evidencias nuevas y generar y divulgar reflexiones e información valiosa a otros países que buscan desarrollar un programa más fuerte de integración de la salud.

En la guía de implementación se identificarán y codificarán medidas específicas del proceso y de los indicadores de resultados. Además, el plan de implementación para crear el marco operacional para el modelo de aprendizaje y la plataforma de manejo del conocimiento se detallará e incluirá en esta guía.

Sección IX

SIGUIENTES PASOS

Esta estrategia de convergencia global de CCSyC tiene como objetivo ser un borrador inicial de un nuevo enfoque para CCSyC y la promoción de la salud en Guatemala. De forma intencional intenta cambiar varios paradigmas, incluyendo:

- a) Cambiar de un enfoque sobre temas verticales de salud a un enfoque horizontal para llenar las necesidades de salud en cada etapa clave de la vida;
- b) Moverse del sistema de prestación de servicios de salud como impulsor de la salud las familias y comunidades impulsoras de la salud;
- c) Cambiar el equilibrio de “tratamiento solamente” a un equilibrio de “prevención y tratamiento” en comportamientos que busquen la salud;
- d) Cerrar los vacíos que existen entre la agricultura y la nutrición, los alimentos y la nutrición y la nutrición saludable (comer correctamente) en comparación con una nutrición enferma (tratamiento que resulta de no comer correctamente);
- e) Vincular a las escuelas, la educación, los adolescentes y la salud.
- f) Cambiar y crear normas, roles de género y ambientes propicios que hagan de la buena salud una parte de la vida diaria y que sea un asunto de todos en la comunidad.

Esto es algo difícil y si este primer borrador de la estrategia de convergencia termina en una librería, está destinada al fracaso.

En lugar de esto, los autores pretenden y esperan que este documento se convierta en un punto de partida para el debate, la discusión y de más planificación. Bajo esta lente, se recomiendan los siguientes pasos para su consideración.

9.1 Revisión del Borrador

Un primer paso crítico será la revisión y la discusión colectiva de esta estrategia en borrador. El comité técnico querrá revisar cuidadosamente el contenido y las implicaciones de la estrategia, identificar e internalizar algunas de las estrategias de cambio y continuar afinando y revisando los componentes según se necesite o garantice. Será y debería ser un documento viviente que se actualice y afine con el pasar del tiempo, especialmente a medida que haya información nueva al alcance, se involucren los interesados y los socios y tomen la posesión y las lecciones se aprendan durante todas las etapas de la implementación.

9.2 Desarrollo de la Guía de Implementación y Siguiendo Nivel de Planes

La estrategia detalla los retos, las oportunidades y las instrucciones para la creación de un programa global de CCSyC en Guatemala. Sin embargo, no incluye el plan de acción más detallado y táctico para llegar allí. El siguiente paso en el proceso será desarrollar la guía de implementación que proporcionará este plan de acción como una hoja de ruta más detallada.

Cómo llenar los vacíos

Se deberían revisar y evaluar los vacíos de investigación/información que se identificaron durante el desarrollo de esta estrategia. Si hay falta de información, se debería recolectar y utilizar para informar más el desarrollo de la guía de implementación. Se tendrán que considerar otros vacíos y tendrán que abordarse planes para llenarlos.

Creación de un Plan Preliminar para Desarrollar la Guía de Implementación

Desarrollar la guía de implementación requerirá un proceso altamente colaborador para garantizar que los planes sean realistas, accesibles, procesables y aceptables para todos los interesados y partes afectados. Para que comience este proceso, se sugiere considerar los siguientes pasos.

9.2.1 Realizar una revisión y una evaluación externas

Delinee un proceso y los pasos específicos que identifiquen los componentes clave que otros donantes y el Gobierno de Guatemala respalden y que facilite una recolección sistemática y revisión de sus actuales programas, materiales, mensajes, productos y planes de comunicación de salud/educación y de los documentos de investigación/antecedentes asociados que respaldan sus intervenciones.]

En base al trabajo formativo anterior, desarrolle un conjunto de parámetros alrededor de los cuales se enfocarán las intervenciones respaldadas de HEO y complementarán/alinearán con las intervenciones de otro donante y el Gobierno de Guatemala.

9.2.2 Realizar una revisión interna

Delinee un proceso y los pasos específicos que identifique los componentes clave para la convergencia e integración y que facilite una revisión sistemática del programa y una recolección de todos los materiales, mensajes, productos, programas, planes de comunicaciones previos/existentes, actuales y planificadas y documentos asociados de investigación/antecedentes para cada una de las áreas de intervención en salud y educación. Utilice esta recolección como el análisis de base de los programas CCSyC actuales y para proporcionar las contribuciones necesarias para la planificación y los talleres para formar un consenso que impulsará la guía de implementación.

9.2.3 Comprometer la participación activa en la planificación de la implementación

Comprometa la participación activa de los líderes en los talleres clave de planificación asociados con el desarrollo de la **Guía de Implementación de la Estrategia de CCSyC**. Los talleres específicos (a determinarse en la planificación de la guía de implementación) podrían incluir:

- a) Taller sobre convergencia e integración de los sistemas de componentes existentes, incluyendo un análisis transversal de los ministerios del Gobierno de Guatemala, dentro y a través de los sistemas de prestación de servicios de salud; dentro y a través de organizaciones clave basadas en la comunidad; dentro de las familias y dentro y a través de diversos medios de comunicación, incidencia, interpersonal y canales basados en la comunidad.

Entre los resultados de este taller se pueden incluir:

- 1) planes específicos basados en el consenso para la convergencia/alineación a través de estructuras existentes;
 - 2) un plan de manejo integrado para la consolidación/apalancamiento de la investigación futura, diseño, producción, adquisición y manejo de intervenciones por ciclos de vida y la identificación, asignación y manejo de un grupo de trabajo central de CCSyC con representantes comprometidos de todas las intervenciones relevantes de salud/educación y
 - 3) un calendario regular de reuniones.
- b) Un taller técnico sobre el desarrollo del mensaje y de los materiales incluyendo la identificación y el consenso de la prioridad del mensaje, contenido técnico, jerarquía (de los objetivos y la audiencia) y las prioridades de entrada (puntos de salida/puntos de consolidación) y cuál es la mejor manera para alinear/actualizar/utilizar los materiales actuales. Adicionalmente, este taller puede explorar ideas/temas detrás de una estrategia de colocación de marca (branding) que pudiera proporcionar dirección y reflexión de la forma en que se puede capturar, converger y consolidar de una mejor manera las intervenciones/materiales/mensajes de CCSyC alrededor de los segmentos de la etapa de la vida.

Entre los resultados de este taller se pueden incluir:

- 1) lineamientos contruidos en el consenso sobre el contenido técnico y el “estilo” del empaque/presentación del mensaje;
- 2) planes específicos para la alineación, el cambio, el uso y/o compartir en el desarrollo de nuevas intervenciones, materiales y mensajes alrededor de los segmentos de la etapa de la vida.
- 3) Además, este taller puede desarrollar métricas y sistemas de monitoreo para respaldar, rastrear y ayudar a manejar el proceso de convergencia a medida que el mismo avanza.

9.2.4 Desarrollar lineamientos y herramientas

En base a los talleres, desarrollar lineamientos y herramientas específicos para facilitar la alineación de las intervenciones y los materiales del programa de CCSyC (estos lineamientos se incorporarán en la Guía de Implementación de CCSyC en general). Comience a utilizar los lineamientos en el desarrollo y la implementación del programa/materiales y monitoree el progreso para determinar cuando las cosas están funcionando, cuando no están funcionando y de qué forma puede mejorar mejor la utilidad y los productos/resultados.

9.2.5 Seleccione un mercado para comenzar

Seleccione un “mercado” representativo dentro del Altiplano Occidental como el punto de partida para desarrollar/implementar las intervenciones basado en la etapa de la vida de CCSyC. Incluya la convergencia de las intervenciones del servicio de salud y la comunidad alineadas con las estrategias de CCSyC. Involucre la participación significativa de los

representantes de la comunidad, de salud y de familia para que brinden sus contribuciones y aprendizaje. Desarrolle retroalimentaciones en etapas clave en el desarrollo y la implementación, monitoree y realice correcciones a la mitad del camino, capture los aprendizajes y mida el impacto en el ínterin. Evalúe las fortalezas, las debilidades y las lecciones aprendidas para su consideración en cambiar el enfoque o en sacar una versión refinada del enfoque a través de la región en general.

9.2.6 Desarrolle y refina las listas de verificación del monitoreo

Para monitorear el progreso, el equipo desarrollará listas de verificación sencillas para el monitoreo y herramientas para rastrear y medir el uso, utilidad y productos asociados con los resultados del taller y la adopción de lineamientos de implementación. Estos pueden incluir las medidas del proceso y del producto.

Entre los ejemplos ilustrativos se incluyen:

12.2.6.1 Medidas del Proceso

- a) Formación del **Grupo de Técnico de Trabajo** de CCSyC (GTT).
- b) Asistencia/participación en los talleres y reuniones de CCSyC y GTT
- c) Cantidades y tipos de actividades de investigación formativa que incorporan 2 o más áreas de salud de etapa de la vida dentro del diseño
- d) Cantidades y tipos de intervenciones diseñadas para facilitar la convergencia de la prestación del servicio de salud alrededor de las intervenciones de la etapa de la vida. (Algunos ejemplos podrían incluir: capacitación, manuales de procedimiento/política, estructuras de manejo, premios/incentivos, etc.)
- e) Cantidades y tipos de intervenciones diseñadas para facilitar la convergencia de las organizaciones comunitarias alrededor de las intervenciones de la etapa de la vida. (Algunos ejemplos podrían incluir: talleres de orientación, reuniones comunitarias, incidencia, asistencia técnica, etc.)

12.2.6.2 Medidas del Producto

- a) Cantidades, tipos y usos de materiales/mensajes de CCSyC revisados para que reflejen los lineamientos técnicos
- b) Cantidades, tipos y usos de los materiales de CCSyC que integren dos o más áreas de salud/educación creados alrededor de las necesidades de la etapa de la vida
- c) Cantidades, tipos y ejemplos de los centros/instalaciones de salud que integran dos o más áreas de salud de la etapa de la vida dentro de la práctica clínica rutinaria/de alcance
- d) Cantidades y tipos de usuarios atendidos/que reciben servicios integrados formados alrededor de los etapas de la vida a través de los sistemas de salud
- e) Cantidades, tipos y usos de campañas de los medios de comunicación, actividades de incidencia e intervenciones basadas en la comunidad que se enfocan en la etapa de la vida e incorporan dos o más áreas apropiadas de salud/educación

9.2.7 Lecciones aprendidas para tomar en cuenta en la guía de implementación y los planes del programa

Utilice la experiencia ganada a través del proceso de planificación e implementación como las retroalimentaciones para refinar la guía de implementación y planes detallados y para fortalecer continuamente el diseño y el impacto de las intervenciones en curso.

Sección X CRONOLOGÍA

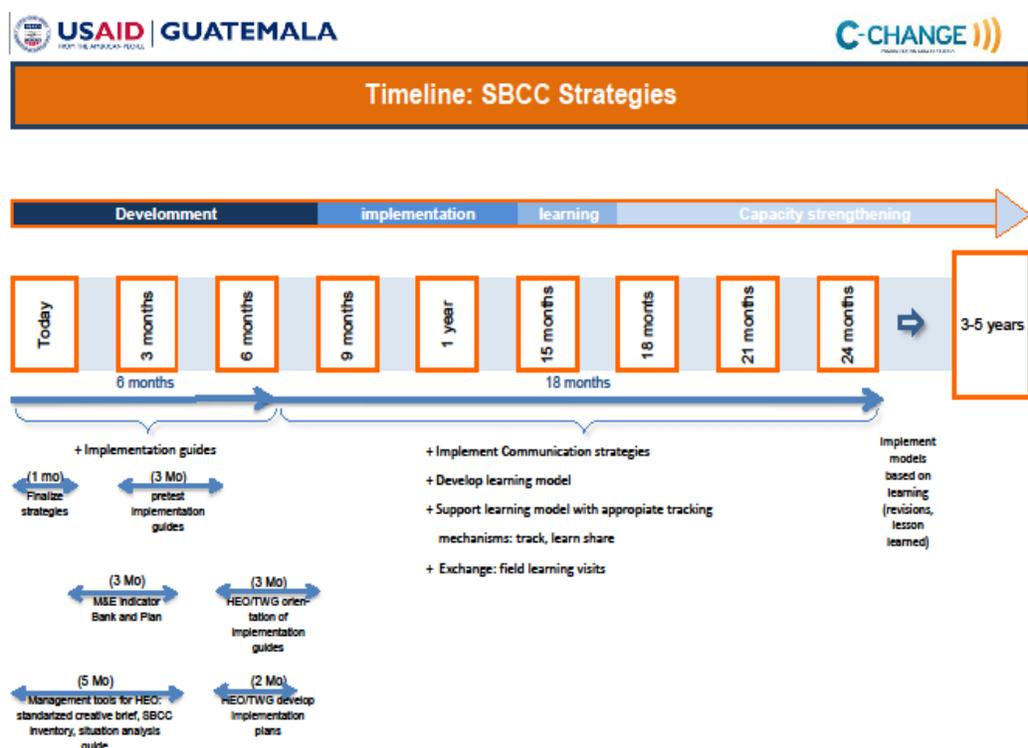
La cronología para el desarrollo, presentación pública e implementación de las estrategias de CCSyC se detalla en la siguiente gráfica. Las tareas clave a realizar entre octubre de 2011 y junio de 2012 son:

- Finalizar las Estrategias de Comunicación Individuales y Globales y el plan M&E,
- Seleccionar a los miembros del grupo de trabajo técnico,
- Crear la Guía de Implementación,
- Que los implementadores desarrollen sus planes de implementación,
- Presentar al público los planes en fases con el nuevo gobierno 2012 – 2016.

Después de junio de 2012, los siguientes 18 meses serán en parte, un laboratorio de aprendizaje, creando oportunidades para el monitoreo, adopción y prueba de los diferentes enfoques a través de los socios implementadores.

- Los planes que se han estado implementando
- Los esfuerzos se rastrean y comparten
- Están ocurriendo intercambios entre los sitios y los equipos de implementación de CCSyC.

Al final de los 18 meses, se revisan los modelos de implementación de CCSyC y se ajustan en base al aprendizaje y los años 3 a 5 continúan con actividades fundamentales en los



éxitos basados en la evidencia.

Sección XI TEORÍAS DEL CAMBIO

Esta estrategia global de CCSyC y las estrategias de salud relacionadas en el apéndice, se construyen fuera del rango de mejores prácticas en salud y prevención basadas en la evidencia, e incorpora varias teorías clave y modelos de cambio en el enfoque y las recomendaciones.

Al final, la estrategia global de comunicación busca crear el cambio de mejorar de forma significativa, el estado de salud y los resultados críticos de salud de las familias guatemaltecas que viven en el Altiplano Occidental. Para crear este cambio, la estrategia utiliza un modelo ecológico que se enfoca en crear cambios organizacionales en las instituciones clave que financian, controlan y prestan servicios de salud, que a su vez, pueden ayudar a respaldar y liderar el cambio social y de comportamiento en las familias y en las comunidades donde las familias viven. Varias de las teorías y modelos de cambio se detallan a continuación:

10.1 Cambio Social y del Comportamiento: Familias y Comunidades del Altiplano Occidental

Las estrategias del cambio social y del comportamiento se basan en la teoría del aprendizaje social, la teoría cognitiva social bajo el modelo de creencia de salud, etapas del cambio, difusión de la innovación, teoría de las normas sociales y desviación o anormalidad positiva.

LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL sugiere que las personas aprenden al observar las acciones de los demás; viendo las consecuencias de esas acciones (buenas o malas); internalizando dichas acciones en sus propias vidas, y probando dichas acciones basadas en los beneficios percibidos de las consecuencias. Inherente a esta teoría, se encuentra el modelado de los comportamientos, un entendimiento de la autoeficacia (la capacidad y la confianza de tomar acción) y un reconocimiento del rol de las normas sociales.

EL MODELO DE CREENCIA DE SALUD asume que las creencias acerca de ciertos asuntos de salud pueden ayudar a predecir los comportamientos de salud. El mismo ve: el riesgo percibido de la susceptibilidad acerca de contraer/tener un problema de salud (¿Estoy en riesgo de contraer este problema?); riesgo percibido de la vulnerabilidad al problema de salud (Si tengo el problema de salud, ¿qué tan malo es/será?); percepciones acerca de la eficacia de tomar (preventivo) acción (Si tomo acción ¿importará y hará una diferencia?), y autoeficacia percibida al tomar acciones (¿Pienso que puedo efectivamente tomar esta acción?)

LA TEORÍA DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO ayuda a entender la disposición de la persona para el cambio: a través de un proceso de 5 etapas de:

1. Contemplación previa,
2. Contemplación,

3. Preparación,

5. Mantenimiento.

4. Acción y

La investigación formativa puede ayudar a identificar la etapa de disposición, que a su vez se puede utilizar para moldear la información y los mensajes que son necesarios en esta etapa en particular.

LA DIFUSIÓN DE LA INNOVACIÓN describe cómo las nuevas ideas y prácticas se pueden difundir a través de las redes sociales y la sociedad en general con el pasar del tiempo. La misma reconoce el rol de los innovadores y la naturaleza de la innovación y las características de las redes sociales, tomando en cuenta el empuje de la difusión de ideas a través de los adoptadores tardíos y los factores en las realidades de los que nunca serán adoptadores.

LA TEORÍA DE LA NORMA SOCIAL sugiere que las sociedades tengan “reglas” explícitas e implícitas que discriminen entre valores, creencias, actitudes y comportamientos apropiados (socialmente aceptables) e inapropiados (socialmente inaceptables). Estas normas colectivas funcionan a nivel de la sociedad, representando un código de conducta colectivo (o expectativa de conducta). Las normas percibidas son el resultado de una interpretación individual de las normas colectivas en general. Éstas se pueden dividir en normas cautelares (lo que se debería hacer) y normas descriptivas (lo que realmente se está haciendo). La estigmatización es el resultado cuando las sociedades/grupos establecen “normas negativas”, que define una falta de aprobación de las normas colectivas. Inherente a esta teoría se encuentra el reconocimiento de que las normas sociales desempeñan un rol de definición y que las personas tienden a querer pertenecer y adaptarse a lo que es aceptable o por lo menos mantener la apariencia de que lo hacen. Las normas sociales pueden cambiar y cambian con el tiempo. Las percepciones acerca de las normas sociales son una influencia poderosa que puede dar permiso y afianzamiento e impulso para cambiar los comportamientos.

EL ENFOQUE DE LAS DESVIACIONES POSITIVAS busca entender el por qué las personas y/o las instituciones practican los comportamientos saludables/organizacionales deseados, a pesar del hecho de que la mayor parte de las otras personas e instituciones alrededor de ellas no lo hacen. Estas desviaciones positivas de las normas pueden proporcionar reflexiones acuciosas en por qué ellos hacen lo que hacen (a pesar de las limitaciones ambientales y normas actuales) y por qué los que les rodean no lo hacen. Adicionalmente, las desviaciones positivas pueden proporcionar ideas para comprender mejor las motivaciones que están detrás de los adoptadores precoces que pueden dar como resultado estrategias de difusión más efectivas.

10.2 Cambio Organizacional: USAID y Socios, Gobierno de Guatemala, Prestación de Servicios del MSPAS

La estrategia se basa en teorías de cambio organizacional incluyendo las que se enfocan en políticas, estructuras del programa, desarrollo organizacional y de incorporar aprendizaje de adultos, teorías de los medios de comunicación y desviaciones positivas (en el sistema de Prestación de Servicios del MSPAS).

LAS TEORÍAS DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL proporcionan entendimiento e introspecciones de la mejor forma de crear el cambio en las organizaciones clave en Guatemala, que son necesarios para respaldar los impactos deseados de salud. Los mismos incluyen entendimientos de los modelos de desarrollo organizacional y el rol de las "presiones" internas y externas, políticas, incentivos, estructuras y liderazgo en la creación y manejo del cambio. Ellos reconocen que los intereses de las organizaciones en la estabilidad, posibilidad de predecir y jerarquía se equilibran por los cambios en el paisaje y ambiente más amplio que crea oportunidades y/o amenazas y el estímulo de renovación, supervivencia y cambio evolutivo. Muchas de las teorías del cambio social y del comportamiento que se detallan en la sección anterior desempeñan un rol similar al facilitar el cambio organizacional dentro de las organizaciones. Esto incluye: **EL APRENDIZAJE ADULTO** cognitivo, que incorpora experiencia, reflexión crítica y desarrollo; modelos de **DESVIACIÓN POSITIVA** que proporciona introspecciones y oportunidades para la difusión y **TEORÍAS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN** (se explican a continuación).

LAS TEORÍAS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN sugieren que cuando se emplean adecuadamente, los medios pueden establecer una agenda (colocar un asunto frente a las audiencias clave que no era tan notorio como antes); enmarcar asuntos (ayudan a definir ideas y consecuencias en formas simples y memorables); persuadir (proporcionando información junto con un punto de vista particular que cambia las percepciones de la audiencia acerca de un asunto); modelo a imitar (al utilizar el aprendizaje social para mostrar comportamientos y consecuencias) y crear un sentido de normas sociales (viendo y escuchándolas en los medios de comunicación significa que las personas están pensando, hablando y actuando alrededor del asunto).

Sección XI Referencias

Los siguientes recursos brindan una revisión más detallada de las teorías del cambio y los modelos de cambio que sustentan la estrategia global de comunicación:

Appelbaum, R.P. (1970). *Theories of Social Change*. Chicago: Markham.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Nueva York: General Learning Press.

Berkowitz, Alan D. (2004). *The Social Norms Approach: Theory, Research, and Annotated Bibliography*. Informe Inédito.

Glanz, K. Barbara K. Rimer y K. Viswanath. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (Cuarta edición). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.

Kubisch, Anne et al. (2002). *Voices from the Field II: Reflections on Comprehensive Community Change*. Nueva York: The Aspen Institute Roundtable on Community Change.

Lapinski, M.K. y Rajiv Rimal. (2005). An Explication of Social Norms. *Communication Theory* 15.2: 127-147.

Rimal, Rajiv y Kevin Newl. (2005). How Behaviors are Influenced by Perceived Norms. *Communication Research* 32.3: 389-414.

Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations* (Quinta edición). Nueva York: Free Press.

Zeitlin, M.F. et al. (1990). *Positive Deviance in Child Nutrition*. Tokyo, Japan: The United Nations University Publications.

Adicionalmente en los siguientes vínculos se puede encontrar más información acerca de la teoría social cognitiva y el aprendizaje de adultos, la difusión y las etapas de cambio:

Teoría social cognitiva:

http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Social_cognitive_theory.doc/

Teoría del aprendizaje de adultos:

<http://www2.honolulu.hawaii.edu/facdev/guidebk/teachtip/adults-2.htm>

Diffusion of innovation <http://www.jstor.org/pss/1965331> y

http://a.parsons.edu/~limam240/thesis/documents/Diffusion_of_Innovations.pdf

Etapas del cambio: <http://www.aafp.org/afp/20000301/1409.html>)



Estrategia de Comunicación para el Cambio Social y del Comportamiento

USAID/Guatemala

Oficina de Salud y Educación

Nutrición

Diciembre 2011

Esta literatura es posible gracias al aporte generoso del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Acuerdo N.º GPO-A-00-07-00004-00. El contenido es responsabilidad del programa C-Change, que administra FHI 360, y no necesariamente refleja las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos de América.

Contenido

1... RESUMEN DEL ANÁLISIS.....	59
a. <i>Enunciado del Problema</i>	60
b. Vacío de la Investigación/Información	60
c. Cambios Requeridos	60
d. Teoría de Cambios	61
2... ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	62
a. <i>División de la audiencia</i>	62
b. Enfoque Estratégico.....	69
c. Posicionamiento.....	69
d. Información Clave	69
e. Actividades, Canales y Materiales.....	70

a. **Enunciado del Problema:**

Los niños menores de dos años y las mujeres indígenas rurales poseen altos índices de desnutrición crónica debido a factores estructurales y conductuales que producen índices más altos de mortalidad infantil y materna y de morbilidad, una baja competitividad, una baja productividad y un retraso en el crecimiento.

La ubicación geográfica, la estructura y el liderazgo comunitario, los miembros de la familia y las prácticas tradicionales influyen el estado nutricional de las mujeres y los niños. Más específicamente, las abuelas, esposos y comadronas afianzan las costumbres y creencias tradicionales, que dan como resultado una mala nutrición. Los padres son los que compran y seleccionan los alimentos de la familia, pero no están conscientes del vínculo que existe entre los alimentos y la nutrición. Los servicios de salud y los puestos de salud comunitarios no cuentan con una capacitación adecuada en asesoría nutricional, y la prestación de servicios de salud se complica cuando los servicios prestados se consideran inapropiados desde el punto de vista cultural. En general, existe una falta de coordinación entre líderes locales, escuelas e iglesias en lo que respecta a abordar los asuntos nutricionales. Las cadenas de valor agrícola y alimentaria tienen que comprometerse plenamente a mejorar el valor nutricional de sus cultivos y alimentos, en parte por la falta de una demanda de consumo y de apoyo financiero y técnico para ingresar a nuevos mercados.

Las causas estructurales tales como la desigualdad y la exclusión, las relaciones y los roles de género normativos, los conceptos existentes y el entendimiento sobre nutrición (prevención contra tratamiento) y los vacíos entre la agricultura y la nutrición y entre la salud y los alimentos, limitan el progreso que obtiene mejores resultados nutricionales.

b. **Vacío de la Investigación/Información**

- Rol de la abuela en las prácticas de alimentación/nutrición de la familia
- Barreras relacionadas con la participación del padre
- Actividades a nivel comunitario: rol de la iglesia como participante de la respuesta a la programación nutricional de las aldeas
- Los asuntos de higiene que afectan la nutrición (mujeres embarazadas, padres y hermanos de niños menores de 1000 días de edad)
- Programación nutricional escolar: revisión del vínculo del currículo y comprensión de los vínculos hacia el espacio 1000
- Rol de las iglesias: más específico
- Barreras que impiden un mejoramiento de las cadenas de valor alimenticio con respecto a la nutrición entre los funcionarios ministeriales y los políticos nacionales
- Comprensión profunda de las prácticas culturales y tradicionales como base de las prácticas nutricionales

c. **Cambios Requeridos**

- Las madres comprenden y practican una lactancia materna óptima y sean apoyadas por sus

esposos, suegras y la comunidad (inicio inmediato de una lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva durante seis meses)

- Los padres y proveedores del cuidado de la salud tienen la expectativa de que los niños sean más altos: la desnutrición es obvia
- Los consumidores indígenas exigen activamente y tienen más acceso a opciones alimenticias nutritivas y asequibles. La información que es fácil de obtener motiva al consumidor a seleccionar alimentos más nutritivos.
- Los proveedores de atención médica ofrecen asesoría nutricional consistente orientada hacia el cliente para mejorar la educación y las prácticas nutricionales.
- Se insta a los líderes políticos nacionales y a los ministerios a que inviertan en nutrición y estimulen y apoyen mejores mercados de cadenas de valor agrícola y alimenticio para la nutrición.
- Los líderes comunitarios y comerciales están motivados para promover la nutrición a través de los mercados y canales comunitarios

d. Teoría de Cambios

Momentos clave:

Las madres ingieren alimentos apropiados y tienen tiempo para descansar durante el embarazo.

Las madres comprenden y practican una óptima nutrición prenatal y la lactancia materna y reciben apoyo de sus esposos, de sus suegras y de la comunidad.

Los consumidores indígenas exigen activamente y tienen más acceso a opciones alimenticias complementarias e indicadas para la lactancia materna para la madre y el bebé, que son nutritivas y asequibles.

Se espera que la comprensión de las madres y la práctica óptima de la lactancia materna ayuden a correr el momento clave para que haya un cambio en la desnutrición crónica. El concepto de que estas suposiciones se basan y utilizan en la **teoría del cambio organizacional**, que incluye políticas organizacionales, estructura de los programas/servicios e institucionalización de prácticas; **teorías de los medios de comunicación**, que incluyen programación de la agenda, estructuración, persuasión, modelado, fortalecimiento y normas aparentes; **divulgación de innovaciones, teoría del aprendizaje social y normas sociales**, y que incluye elementos de **modelos ecológicos** de factores intrapersonales y procesos y modelos interpersonales de las **funciones de comunicación enfocadas en el paciente** relacionadas con el consumismo, la relación física de los pacientes y la educación sobre salud.

También se espera que la demanda activa de opciones alimenticias nutritivas y asequibles corra el momento clave para que haya un cambio en la desnutrición crónica. El concepto de que estas suposiciones se basan y utilizan en el **aprendizaje social, divulgación de innovaciones y normas sociales y teorías de los medios de comunicación**, que incluyen la programación de la agenda, estructuración, persuasión, modelado, fortalecimiento y normas aparentes para crear e impulsar el consumismo; **teorías del movimiento social**, que incluyen la mediación, acción colectiva y el cambio de políticas/legislativo para impulsar el apoyo del liderazgo hacia las intervenciones comerciales de la cadena de valor agrícola y alimenticio y hacia un cambio comunitario; **teorías del cambio organizacional y mercadeo**

social para estimular la oferta y la demanda específicas, para crear mercados mejorados para los alimentos complementarios

a. División de la audiencia:

Usuarios	Mujeres embarazadas y sus hijos de menos de 1000 días de edad	<i>Influyen directamente.</i> Rol principal de alimentar al menor. La continuación de la atención, desde el momento en que la madre está embarazada y durante los dos años siguientes.
	Padres de niños de menos de 1000 días de edad	<i>Influyen directamente.</i> Es necesario involucrar a los hombres en la alimentación y el cuidado de los niños; los roles y decisiones tomadas por el padre podrían afectar las prácticas de lactancia materna y la selección y cantidad de alimentos que puede ingerir el niño durante la duración de la misma.
	Hermanos/as que se hacen cargo del cuidado de los niños que tienen menos de 1000 días de edad	<i>Influyen directamente.</i> Su rol dentro de la alimentación de los bebés, así como la colaboración con las tareas y mandados del hogar mientras la madre cuida al bebé
	Abuelas	<i>Influyen directamente.</i> La influencia que pueden ejercer sobre la familia con respecto a la selección de alimentos y prácticas nutricionales.
Proveedores	Comadronas	<i>Influyen directamente.</i> Su rol al ejercer influencia sobre la lactancia materna y la selección de suplementos alimenticios, así como su colaboración con las tareas/mandados del hogar mientras la madre cuida al bebé.
	Enfermeras (incluyendo a las enfermeras auxiliares)	<i>Influyen directamente.</i> La influencia que pueden ejercer sobre la familia con respecto a las

		prácticas nutricionales
	Voluntarios Comunitarios/PEC/Voluntarios de ONGs	<i>Influyen directamente.</i> Rol como fuente confiable de información debido a su sabiduría y experiencia.
	Médicos	<i>Influyen directamente.</i> Habilidad para estimular una lactancia materna óptima; supervisión del crecimiento y peso; atención médica cuando los niños están enfermos
	Líderes Comunitarios/Oficiales electos, COCODES, etc	<i>Influyen directamente.</i> Habilidad para estimular una lactancia materna óptima; supervisión del crecimiento y peso; atención médica cuando los niños están enfermos
	Iglesias	<i>Influyen directamente.</i> Influencia en las decisiones sobre nutrición y las practicas.
	Escuelas	<i>Influyen directamente.</i> Capacidad para organizar las actividades de la comunidad incluyendo educación para una nutrición más apropiada, oportunidades de organizar jardines nutricionales comunitarios.-

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos De La Comunicación
Mujeres Embarazadas y sus Hijos de Menos de 1000 Días de Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad adecuada de descanso e ingesta de alimentos apropiados durante la gestación y el período de lactancia • Comprensión y aceptación de lactancia materna durante la primera hora posterior al nacimiento (calostro que satisface las necesidades básicas del bebé hasta que la 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación general insuficiente de la necesidad de que el bebé lacte dentro de la primera hora y que se alimente de manera exclusiva con lactancia materna durante seis meses • Introducción de infusiones medicinales • Sustitución de la leche materna por <i>atoles</i> y otros líquidos • Ingesta insuficiente de 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de mujeres embarazadas que están determinadas a amamantar a sus bebés dentro de la primera hora, porque entienden que beneficiará la salud de su bebé • Aumento en el número de mujeres que se sienten confiadas de que la lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva durante seis

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos De La Comunicación
	<p>leche comienza a producirse)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor uso de la lactancia materna de manera como fuente de alimentación exclusiva durante los primeros seis meses de vida • Mayor uso de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad conjuntamente con la lactancia materna hasta los dos años de edad • Mejores prácticas de higiene • Reconocimiento de síntomas de enfermedad y/o desnutrición para un mejor cuidado nutricional de los niños enfermos y desnutridos • Variedad y calidad mejoradas de alimentos y micronutrientes como suplemento para asegurar una ingesta adecuada de vitamina A, hierro, ácido fólico y yodo para mujeres y niños 	<p>alimentos por miedo a enfermar al bebé y debido a que el bebé no exige más alimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variedad inadecuada de alimentos: miedo de que ciertos alimentos enfermarán al bebé 	<p>meses mejorará la salud de sus bebés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de mujeres que se sienten confiadas de que su hijo crecerá siendo más fuerte si lo alimentan más. • Incrementar la cantidad y variedad de alimentos nutritivamente óptimos a partir de los seis meses • Incrementar la cantidad de mujeres que identifican síntomas de enfermedad y desnutrición y que toman medidas antes de que se convierta en un caso grave
Padres de niños de menos de 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor participación en las consultas clínicas y visitas domiciliarias, durante las cuales pregunta cómo cuidar a los niños y prevenir una desnutrición • Reconocimiento de síntomas de enfermedad y/o desnutrición para un mejor cuidado nutricional de niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas sociales: falta de participación en el cuidado infantil • Vínculos con la PF/influencias directas sobre nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de hombres que estimulan y apoyan a sus esposas a que la lactancia sea la fuente de alimentación exclusiva durante seis meses. • Cantidad de padres que sienten que es parte de su deber como padres participar activamente en las decisiones nutricionales. • Aumento en el número de hombres que identifican las señales y los síntomas de

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos De La Comunicación
	<p>enfermos y desnutridos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor responsabilidad compartida, mayor discusión y planificación con su pareja/esposa para mejorar la variedad y calidad nutricional de la familia y la higiene del hogar • Motivación para intentar nuevos enfoques sobre la dieta y la alimentación de sus hijos para mantenerles saludables 		<p>enfermedad/desnutrición y tomar medidas antes de que convierta en un caso grave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de familias que indican que discuten y planifican juntas comidas más variadas para la madre y los niños menores de dos años
Hermanos/as que se hacen cargo del cuidado de los niños que tienen menos de 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de síntomas de enfermedad y/o desnutrición para un mejor cuidado nutricional de los niños enfermos y desnutridos • Ayuda a la madre para alimentar al bebé de seis meses con una cantidad y calidad adecuadas de alimento • Mejor colaboración en el hogar mientras la madre cuida al bebé 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento. • Falta de nivel educativo. • Falta de motivación para cuidar a sus hermanos y ayudar a su mamá. • Presupuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de hermanos que saben cómo identificar los síntomas de las enfermedades y desnutrición y que se lo comunican a sus padres • Incrementar la cantidad de hermanos motivados a lavarse las manos y las manos del bebé antes de las comidas • Incrementar la cantidad de hermanos que ofrecen ayudar a su mamá durante los tiempos de comida • Incrementar la cantidad de hermanos/hermanas que desean cuidar a los hermanos
Abuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del rol de liderazgo para brindar buenos consejos y mejorar la nutrición de la familia y la salud de los niños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento: no valorar la importancia de la lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva • Normas sociales: por su edad sabe más, nivel educativo Barreras del lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el número de abuelas que brindan buenos consejos para mejorar la nutrición de la familia
Comadronas	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería para las madres en el uso del calostro durante la primera hora 	<ul style="list-style-type: none"> • Información nutricional desactualizada • Nivel educativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de comadronas que informan que asesoran a las madres sobre alimentar con

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos De La Comunicación
	<p>posterior al nacimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suficiente conocimiento y motivación para brindar información nutricional correcta sobre la lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva • Reconocimiento de síntomas de enfermedad y/o desnutrición para un mejor cuidado nutricional de niños enfermos y desnutridos 		<p>calostro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de comadronas que informan que asesoran a las madres sobre los síntomas de las enfermedades y desnutrición • Aumento en el número de comadronas que pueden explicar los beneficios de la lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva
<p>Enfermeras (incluyendo a las enfermeras auxiliares)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía del uso de calostro • Mayor colaboración y comunicación asertiva entre los miembros del equipo de salud • Promoción del uso de la lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva durante los primeros seis meses de vida • Promoción del uso de alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad conjuntamente con lactancia materna hasta los dos años de edad • Promoción de prácticas adecuadas de higiene • Reconocimiento de síntomas de enfermedad y/o desnutrición para un mejor cuidado nutricional de los niños enfermos y desnutridos 	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad excesiva de trabajo bloquea la atención activa • No está orientado hacia el cliente. Autoestima y la manera de utilizarla debido a su posición de poder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de enfermeras que informan que aconsejan a las madres sobre alimentar con calostro • Aumento en el número de enfermeras que siguen protocolos de asesoría para una atención activa y reforzar la confianza para tomar decisiones • Incrementar la cantidad de enfermeras que se convierten en una fuente confiable de información nutricional y sobre la lactancia materna

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos De La Comunicación
	<ul style="list-style-type: none"> Mayor negociación exitosa con la madre para introducir nuevos alimentos y/o prácticas para una mejor nutrición 		
Voluntarios Comunitarios/PEC/Voluntarios de ONGs	<ul style="list-style-type: none"> Promoción del uso exclusivo de lactancia materna durante los primeros seis meses de vida Promoción del uso de alimentación complementaria nutritivamente óptima a partir de los seis meses de edad conjuntamente con lactancia materna hasta los dos años de edad Promoción de prácticas adecuadas de higiene Reconocimiento de síntomas de enfermedad y/o desnutrición para un mejor cuidado nutricional de los niños enfermos y desnutridos Mayor colaboración y comunicación asertiva entre los miembros del equipo de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento Nivel educativo 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento en el número de representantes comunitarios que practican habilidades positivas de comunicación interpersonal para asesorar a los clientes sobre la lactancia materna y la nutrición Aumento en el número de representantes comunitarios que informan que han brindado asesoría a pacientes sobre los beneficios de la lactancia la lactancia materna Incrementar la cantidad de representantes que brindan información precisa sobre las opciones alimenticias complementarias nutritivamente óptimas a partir de los seis meses de edad Incrementar la cantidad de representantes que se convierten en una fuente confiable de información sobre nutrición y la lactancia materna. Incrementar la cantidad de representantes que creen que los demás proveedores son fuentes confiables de información sobre nutrición y la lactancia materna
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> Mayor colaboración y comunicación asertiva entre los miembros del equipo de salud Mensajes explícitos personalizados a las mujeres y a la comunidad sobre la lactancia materna y la nutrición óptima. 	<ul style="list-style-type: none"> La cantidad excesiva de trabajo bloquea la atención activa No está orientado hacia el cliente Barreras del idioma 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento en el número de médicos que guían a sus equipos para mejorar la calidad de los servicios y la coordinación entre los diferentes componentes (incluyendo la orientación hacia el cliente y las destrezas lingüísticas) Aumento en el número de médicos que aprovechan las oportunidades clave para

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos De La Comunicación
			comunicar a las familias mensajes específicos sobre la lactancia materna, la nutrición óptima y la higiene de manera clara y sencilla
Líderes Comunitarios/Oficiales electos, COCODES, etc	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor colaboración y comunicación asertiva entre los miembros de la comunidad para lograr mejores prácticas de higiene y nutrición dentro de la comunidad • Exigencia de una higiene comunitaria adecuada, suministro de agua y servicios de salud • Participación de las mujeres en el desarrollo de una programación adecuada de nutrición para las mujeres y un programa que se enfoque en los niños • Líderes comunitarios y comerciales motivados a promover y apoyar un mejor acceso a opciones alimenticias nutritivas y asequibles a través de canales y mercados comunitarios. • Participación activa en acciones específicas para aliviar la desnutrición, como la inclusión de alimentos nutritivamente óptimos entre los artículos que están a la venta 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento. Nivel educativo. • Economía (artículos más baratos con nutrientes no fortificados, más fáciles de vender) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de actores comunitarios que comunican a las familias mensajes clave sobre higiene y nutrición de manera clara y sencilla • Aumento en el número de actores comunitarios que aprovechan las oportunidades clave para Comunicar a las familias mensajes clave sobre higiene y nutrición de manera clara y sencilla • Aumento en el número de familias que se comunican con • los actores comunitarios para discutir sobre higiene y nutrición • Aumento en el número de líderes comunitarios y comerciales que realizan una mediación para ampliar las opciones alimenticias nutritivas y asequibles
Iglesias	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • [Vacío] 	<ul style="list-style-type: none"> •
Escuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa en acciones específicas para aliviar la desnutrición, como la 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información nutricional correcta • Falta de comprensión sobre la relación entre la nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de maestros que comunican a la comunidad escolar de manera sencilla y clara

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos De La Comunicación
	educación sobre higiene y nutrición, de manera clara y memorable	y el rendimiento académico <ul style="list-style-type: none"> Falta de motivación para participar en otras actividades debido a intereses contrapuestos y falta de tiempo Las <i>Tiendas</i> en las instalaciones de la escuela no se abastecen con bocadillos nutritivos 	información sobre la higiene y nutrición óptimas.

b. Enfoque Estratégico

El enfoque estratégico combina la comunicación individual y familiar para el cambio del comportamiento con la movilización social a nivel comunitario para incrementar la demanda de opciones alimenticias nutritivas y asequibles en las comunidades indígenas. La estrategia propone intervenciones de SBCC para mejorar la calidad, contenido e idoneidad cultural de las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria por parte de las madres, los que brindan apoyo influyente dentro de la Familia y comunidad y los proveedores de atención médica.

Esto se verá complementado con las intervenciones de SBCC para incrementar la demanda de opciones alimenticias nutritivas y asequibles al mejorar la educación sobre nutrición de los clientes indígenas, la capacidad de los proveedores de atención médica para brindar asesoría nutricional adecuada; motivar a los líderes comunitarios y comerciales a promover la nutrición a través de canales y mercados comunitarios; mediar para que exista mayor inversión/apoyo a las cadenas de valor agrícola/alimenticio

c. Posicionamiento

El trabajo conjunto de la comunidad para mejorar la higiene y nutrición reducirá la pobreza, facilitarán el crecimiento e impulsarán el desarrollo comunitario.

d. Información Clave

Mujeres embarazadas y sus hijos en los primeros 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> Importancia del descanso y alimentación correctos durante el embarazo y la lactancia. El calostro satisface las necesidades básicas del bebé hasta que la leche comienza a producirse La lactancia materna proporciona al bebé toda la nutrición que necesita durante los primeros seis meses de vida Importancia de la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad conjuntamente con la lactancia materna hasta los dos años de edad Dieta balanceada adecuada; platos para niños Alimentación durante las enfermedades Prácticas adecuadas de higiene y almacenamiento de alimentos/agua. Síntomas de enfermedad y/o desnutrición Mejor variedad de alimentos y micronutrientes como suplemento para asegurar una ingesta de vitamina A, hierro, ácido fólico, zinc y yodo por parte de las mujeres y los niños
---	--

Padres de niños de en los primeros 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación para cuidar a la madre mientras está embarazada • La participación y colaboración del padre para asegurar que la comida que se consume en el hogar es variada y cuenta con nutrientes básicos como suplemento. • El deber del hombre de participar activamente en el cuidado de la salud/necesidades nutricionales de su familia • Un padre necesita conocer los síntomas de las enfermedades para proteger a sus hijos
Hermanos/as que cuidan a niños de menos de 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de síntomas de enfermedad • Ayuda a la madre en el hogar, que incluye ayudar a alimentar al bebé de seis meses, que ayuda a que la madre esté más feliz y cuide mejor a la familia • Satisfacción al sentirse un buen hermano/hermana por cuidar a sus hermanitos y hermanitas.
Abuelas	<ul style="list-style-type: none"> • La abuela juega un rol importante para mejorar los hábitos nutricionales que mantendrán saludables a sus nietos
Comadronas	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del calostro para que el período postnatal sea saludable • Información nutricional correcta sobre recién nacidos hasta niños de dos años de edad • Autoestima y motivación (como agente de cambio). Tengo la capacidad para influir en las familias y mejorar su salud. La información nueva me hace una mejor comadrona y/o me ayuda a apoyar a las familias.
Enfermeras (incluyendo auxiliares de enfermería)	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del calostro • Información correcta sobre nutrición y la lactancia materna • Prácticas adecuadas de higiene y almacenamiento de alimentos/agua • Comunicación asertiva de dos vías / atención activa • Trabajo en equipo • Síntomas de enfermedad para informarlos a sus clientes
Representantes comunitarios/ PEC / voluntarios de las ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del calostro • Información correcta sobre nutrición y la lactancia materna • Prácticas adecuadas de higiene y almacenamiento de alimentos/agua • Al utilizar técnicas de atención activa, motivo a la madre a hacer preguntas (<i>Si soy un mejor asesor, mi trabajo será más fácil y más exitoso</i>). • Es probable que las sugerencias promuevan más el cambio que las órdenes.
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios orientados hacia el cliente son la clave para el éxito. Mensajes personalizados sobre prácticas óptimas de nutrición y lactancia materna. • El trabajo en equipo atraerá el éxito
Líderes comunitarios/ Funcionarios electos/COCODES, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre nutrición • Promoción de la nutrición a través de canales y mercados comunitarios • Almacenamiento adecuado para el agua y los alimentos • Comunicación asertiva • Trabajo en equipo
Iglesias	<ul style="list-style-type: none"> • [Vacío] • SERVICIOS CATÓLICOS DE SOCORRO (CRS, por sus siglas en inglés) MORMONES, BC y finanzas
Escuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Información correcta sobre nutrición y la lactancia materna: currículum escolar • Prácticas adecuadas de higiene y almacenamiento de alimentos/agua

e. Actividades, Canales y Materiales

Mujeres embarazadas y sus hijos de menos de 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Canales interpersonales (visitas domiciliarias de los educadores) • Desviaciones positivas • Radio: anuncios, novelas, programas de entrevistas • Uso creativo de la tecnología disponible (TI, teléfono celular) • Tablas de información en mercados, festivales locales • Reuniones de la iglesia • Visitas a los puestos de salud/PEC
Padres de niños de menos de 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Anuncios radiales: mejor si se difunden durante los partidos de fútbol • Programas radiales de entrevistas difundidos en la comunidad combinados con otros temas, como la agricultura • Carteleros • Afiches en las cantinas • Actividades interpersonales • Visitas domiciliarias que incluyen discusiones con la pareja • Ferias • Reuniones de grupo sobre temas agrícolas, otras reuniones entre hombres
Hermanos que cuidan a niños de menos de 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Canciones (escuela, radio) • Juegos (escuela, feria del pueblo, iglesia). Clases para aprendizaje entre niños.
Abuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Canales interpersonales (visitas domiciliarias de los educadores) • Radio: anuncios, novelas, programas de entrevistas • Uso creativo de la tecnología disponible (TI, teléfono celular) • Tablas de información en mercados, festivales locales • Reuniones de la iglesia
Comadronas	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de educación. Canales interpersonales. • Visitas domiciliarias. • Visitas a la iglesia. • Clínica.
Enfermeras (incluyendo auxiliares de enfermería)	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios enfocados en el cliente • Actividades de formación de equipos • Capacitación y representación de roles: atención activa, personalización de productos y servicios
Representantes comunitarios/ PEC / voluntarios de las ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y representación de roles: atención activa, personalización de mensajes, recomendaciones y remisiones • Reuniones y discusiones con los proveedores comentarios para buscar los intereses comunes y los beneficios mutuos del trabajo conjunto
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios enfocados en el cliente • Actividades de formación de equipos • Capacitación y representación de roles: atención activa, personalización de productos y servicios

Líderes comunitarios/funcionarios electos/COCODES	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación: empoderamiento • Diálogos comunitarios • Mediación a través de los medios de comunicación, foros
Iglesias	<ul style="list-style-type: none"> • [Vacío]
Escuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Canciones (escuela, radio) • actividades infantiles divertidas e innovadoras • Juegos (escuela, feria del pueblo, iglesia) • Días de capacitación para maestros. Programación de enseñanza entre niños. Diálogo comunitario



Estrategia de Comunicación para el Cambio Social y del Comportamiento

USAID/Guatemala

Oficina de Salud y Educación

Planificación Familiar

Diciembre de 2011

Este documento es posible gracias al aporte generoso del Pueblo Estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Acuerdo N.º GPO-A-00-07-00004-00. El contenido es responsabilidad del proyecto C-Change, que administra FHI 360, y no necesariamente refleja las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Tabla de Contenido

3...	
4.. RESUMEN DE ANÁLISIS	3
5.. Enunciación del Problema.....	3
6.. Vacíos de información/investigación.....	3
7.. Cambios requeridos	3
8.. Teoría del cambio.....	4
9.. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	5
10. División de la audiencia final.....	4
11. Audiencia.....	5
12. Mujeres	6
13. Hombres.....	7
14. ONG locales.....	8
15. Sociedad Civil	9
16. Médicos.....	7
17. Enfermeras.....	10
18. Representantes comunitarios.....	10
19. Enfoque estratégico	12
20. Posicionamiento.....	12
21. Información clave.....	12
22. Canales, Actividades y Materiales.....	12

RESUMEN DEL ANÁLISIS

Enunciado del problema

La necesidad insatisfecha por anticonceptivos y el deficiente espaciamiento de los embarazos entre las mujeres indígenas del área rural en Guatemala está contribuyendo a los embarazos no planificados, incremento en los riesgos de la salud y una pobre salud materno-infantil. El rol de los hombres, suegras y la iglesia en la toma de decisiones influye negativamente en la capacidad de las mujeres de participar en las decisiones de la salud reproductiva. El acceso limitado, servicio médico de baja calidad, prejuicios del proveedor de salud, mitos sobre los efectos secundarios y la interacción deficiente del proveedor-cliente, limitan además los resultados satisfactorios. Las normas arraigadas de género/cultura y la falta de información precisa y culturalmente apropiada sobre la planificación familiar, impiden que las mujeres y los hombres busquen los servicios apropiados de planificación familiar modernos.

Vacíos de Información /Investigación

- Investigación formativa que proporciona conocimientos adicionales sobre la información, motivación, capacidad de actuar y comportamiento normativo entre las audiencias seleccionadas.
- Cuál es el rol de la suegra: cuáles son sus barreras y aspectos que la ayudarían a promover la planificación familiar
- ¿Ha identificado la USAID y otros grupos las ventanas de oportunidad para integrar a las suegras como un recurso y como socias?
- ¿Cuál es el éxito de la participación masculina (en cualquier tipo de programa y especialmente en la planificación familiar)?
- ¿Qué métodos modernos se encuentran disponibles de forma consistente?
- ¿Cuales son los canales y actividades culturalmente apropiadas y específicas del idioma que han sido tenido éxito o parecen ser prometedores?
- ¿Existen organizaciones religiosas que han sido asociadas potenciales en la planificación familiar para influir en las normas sociales, asociados potenciales?

Cambios Requeridos

- *Abordar los mitos y efectos secundarios
- *Familiarizarse con los métodos anticonceptivos modernos
- *Capacidad de elegir el método de planificación familiar apropiado para sí mismos
- *Una creencia de que un anticonceptivo moderno se utiliza ampliamente y es importante
- *La capacidad y la confianza de las mujeres de tener una conversación asertiva con los proveedores de la salud de la familia, esposos y suegras sobre sus necesidades y opciones

- Incrementar las interacciones positivas del proveedor y el cliente
- Incrementar el nivel de confianza y seguridad en el proveedor de salud
- Mejorar la comunicación sobre la planificación familiar entre el esposo y la esposa
- Incrementar el número de parejas que utilizan los métodos de planificación familiar
- Materiales apropiados culturalmente con puntos guía; diferentes audiencias y agregar a los jóvenes al grupo
- Los líderes comunitarios comprenden y apoyan los programas de planificación familiar para mejorar la calidad de vida y la salud de las familias
- Los médicos y enfermeras hablan abiertamente sobre la PF moderna durante las visitas a la clínica; los médicos incrementan el valor del por qué; las enfermeras realizan consejería
- Los BHCP se convierten en una fuente de información confiable

Teoría del Cambio:

Momentos Clave:

- Mejor comunicación entre el esposo y esposa
- Mejores servicios orientados al cliente
- Jóvenes nuevos y mejor informados (AGREGUE A LA JUVENTUD EN LA DIVISIÓN DE LA AUDIENCIA)

Esperamos que los conceptos de comunicación entre los esposos ayuden a mover los momentos clave para el cambio hacia el lado de la demanda de planificación familiar. Los conceptos que apoyan nuestras suposiciones se encuentran en: **la teoría de las normas sociales** que se enfoca en cambiar las normas percibidas y el estigma contra la planificación familiar; **difusión de la teoría de innovaciones y aprendizaje social que trata la autoeficacia y usa el modelo a imitar para apoyar el cambio esperado**, y elementos del **enfoque de desviación positivo para abordar no solamente las barreras a cambiar, sino también los activos existentes; teoría de los medios de comunicación** que pueden establecer agendas, persuadir, enmarcar, modelar y reforzar la creación de géneros nuevos/roles.

También esperamos que los servicios orientados al cliente se muevan a los momentos clave para cambiar hacia el lado de la oferta. Los conceptos en los que se basan estas suposiciones se utilizan en modelos de **funciones de comunicación centrada en el paciente** con relación al consumismo, relación del médico con el paciente y documentos sobre la salud. Los conceptos de la **difusión de innovaciones**, la teoría del aprendizaje social y las normas sociales apoyarán la reorientación del servicio. La **teoría del cambio organizativo** incluyendo las políticas organizativas, estructura de programas/servicios e institucionalización de las prácticas es importante al igual que las **teorías de los medios de comunicación** para promover los servicios, ayudar con la organización de la agenda, estructuración, persuasión, modelo, refuerzo y normas percibidas. Todo esto se basa en los elementos de los **modelos ecológicos**, específicamente los factores y procesos intrapersonales.

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

<i>División de la Audiencia Final</i>	Demanda	Mujeres (18 a 49) Jóvenes (12 a 20)	<i>Directamente afectadas</i> , ya que son los usuarios finales de la planificación familiar
		Hombres (20 a 49) Jóvenes (12 a 20)	<i>Directamente afectados</i> ya que idealmente deberían compartir las decisiones y responsabilidades de la planificación familiar, y/o respetar la decisión de la mujer de elegir los métodos de planificación familiar
		ONG locales	<i>Indirectamente afectadas</i> . Rol importante en la promoción de la planificación familiar y los usuarios de asesoría
		Sociedad civil	<i>Indirectamente afectada</i> . Mediación y activismo para que los gobiernos locales inviertan y den prioridad a los productos y servicios para la familia
	Oferta	Médicos	<i>Indirectamente afectados</i> . Desde la perspectiva del usuario, el proveedor de productos y servicios de planificación familiar más confiables, aunque con frecuencia todavía no dan prioridad a la promoción de la planificación familiar a medida que tienden a percibirla como el rol de alguien más (usualmente una enfermera o trabajadora social)
		Enfermeras	Un rol importante en la

			promoción, recomendación y provisión de productos de planificación familiar en los centros de salud, clínicas y hospitales
		Representantes comunitarios	Rol activo como educador con relación a la importancia y beneficios de la planificación familiar, promotor y proveedor de productos y servicios de planificación familiar a nivel comunitario, incluyendo referencias a proveedores específicos a través de documentos por servicios y/o transporte
		Apoyo a los proveedores de salud	Fuente de información altamente confiable; de cualquier tipo, incluyendo planificación familiar, en los centros de salud pública, clínicas y hospitales

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> Incremento en el uso de planificación familiar/empoderamiento Espaciamiento mayor entre embarazos Reducción en las necesidades insatisfechas 	<ul style="list-style-type: none"> Asociado Falta de respeto de los proveedores de servicios La suegra Normas sociales y estigmas en la planificación familiar (es algo 'malo' que las mujeres busquen la planificación familiar) Religión El sistema de atención médica no está orientado a los pacientes indígenas; Las mujeres tienen mitos y no confían en los efectos 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el número de mujeres que pueden identificar más de un método anticonceptivo moderno Incrementar el número de mujeres que pueden elegir el método apropiado de planificación familiar por sí mismas Incrementar el número de mujeres que informan que creen que el uso de anticonceptivos modernos es generalizado en la comunidad
Mujeres			

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
		<p>secundarios de los métodos de planificación familiar modernos y no confían en el sistema de atención médica</p> <ul style="list-style-type: none"> Las mujeres se perciben a sí mismas como <i>madres</i> en lugar de <i>mujeres</i> <i>Los servicios distantes y complicados no se integran con otros servicios</i> <i>Los horarios no son funcionales para los clientes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el número de mujeres que informan haber hablado con un trabajador de la salud sobre los métodos de planificación familiar y preguntar sobre los efectos secundarios Incrementar el número de mujeres que informan interacciones positivas del proveedor y el cliente sobre la planificación familiar en los establecimientos de salud Número en aumento de mujeres que informan haber hablado con su pareja sobre la planificación familiar
Hombres	<ul style="list-style-type: none"> Incremento en el uso de la planificación familiar Aumento de la responsabilidad compartida en la planificación familiar Incremento en el respeto por el derecho de elección de la mujer (métodos de planificación familiar) 	<ul style="list-style-type: none"> Machismo Religión Normas sociales y estigma de la planificación familiar (el hombre decide cuántos y cuándo tener hijos; la mujer utiliza los medios de planificación familiar cuando lo está engañando) Conocimiento limitado de la PF; aunque dispuesta a aprender El horario y ubicación de los servicios del sistema de atención médica no funciona para los horarios de los hombres Madre del hombre 	<ul style="list-style-type: none"> Número en aumento de hombres que informan haber hablado con su pareja sobre la planificación familiar Número en aumento de hombres que aprueban el uso de métodos anticonceptivos modernos para el espaciamiento de embarazos y para limitar el número de sus hijos Número en aumento de hombres que informan haber hablado a un trabajador de la salud sobre los métodos de planificación familiar

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
		(exige nietos ‘al hombre’) • La planificación familiar es un asunto de mujeres	
ONG locales	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor y mejor promoción a la planificación familiar • Calidad de servicios mejorada • Técnicas de asesoría equilibradas y culturalmente apropiadas • Integración con las redes de proveedores y gobiernos locales (referencias) 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad técnica débil • Sistemas deficientes de supervisión que limitan la retroalimentación para mejorar las intervenciones • Prioridades que compiten • Conflicto de intereses con exigencias de las iglesias • Se sufren las consecuencias de la logística deficiente alrededor de la cadena de suministros 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el número de proveedores que practican las aptitudes de comunicación interpersonales positivas para asesorar a los clientes sobre la planificación familiar • Incrementar el número de proveedores que informan a los pacientes que están en asesoría sobre los métodos de planificación familiar • Número en aumento de proveedores que proporcionan información precisa sobre la efectividad y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos modernos • Número en aumento de proveedores que se convierten en una fuente confiable de planificación familiar • Número en aumento de proveedores que creen que los proveedores son fuentes confiables de planificación familiar
<i>Sociedad civil</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las capacidades técnicas • Organizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Presiones políticas para limitar la mediación y presionar los esfuerzos 	<ul style="list-style-type: none"> • Número en aumento de líderes comunitarios que creen que los programas de

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
	<p>s de la sociedad civil y grupos autorizados, incluyendo los equipos de PF municipal, que son los mediadores de la planificación familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asuntos y recursos relacionados • La PF no se considera un beneficio para la comunidad; comprensión de la PF en la salud, productividad y desarrollo • 	<p>planificación familiar ayudan a su calidad de vida y a la salud de las familias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número en aumento de líderes comunitarios que se convierten en mediadores para la prestación de servicios de planificación familiar de mejor calidad y más accesibles
<p>Médicos</p> <p>Médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Más y mejor promoción a la planificación familiar • Calidad mejorada de los servicios Integrar: ofrecer servicios integrados para conectar la PF con las visitas en las áreas de salud • 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas sociales (la enfermera es quien se encuentra hasta el final de la jerarquía de poder, además, la promoción de la planificación familiar es el rol de la enfermera o la trabajadora social) • El sistema de salud demanda atención limitada al cliente a su mínima expresión • Antecedentes académicos sobre la planificación familiar (extremadamente débil) • Los médicos no están capacitados en la PF 	<ul style="list-style-type: none"> • Número en aumento de proveedores que practican las aptitudes de comunicación interpersonales positivas para asesorar a los clientes sobre la planificación familiar • Número en aumento de proveedores que informan a los pacientes que están en asesoría sobre los métodos de planificación familiar • Número en aumento de proveedores que proporcionan información precisa sobre la efectividad y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos modernos • Número en aumento de proveedores que se convierten en una fuente confiable de planificación familiar • Número en aumento de proveedores que creen

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
			que los proveedores son fuentes confiables de planificación familiar
Enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las capacidades técnicas • Uso constante de las herramientas en su consejería o asesoría • 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas sociales (falta de respeto al derecho del cliente de elegir el método de planificación familiar) • La carga de trabajo bloquea a la audiencia activa • No está orientado al cliente • No existe enfoque sistemático o uso consistente de las herramientas de enseñanza • Percepción del propio rol, como una posición de 'poder': relacionada con la baja autoestima relacionada con el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Número en aumento de proveedores que practican las aptitudes de comunicación interpersonales positivas para asesorar a los clientes sobre la planificación familiar • Número en aumento de proveedores que informan a los pacientes que están en asesoría sobre los métodos de planificación familiar • Número en aumento de proveedores que proporcionan información precisa sobre la efectividad y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos modernos • Número en aumento de proveedores que se convierten en una fuente confiable de planificación familiar • Número en aumento de proveedores que creen que los proveedores son fuentes confiables de planificación familiar
Representantes Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidades técnicas mejoradas (planificación familiar y capacidades de 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe comunicación con el personal de la clínica • Calidad de capacitación/metodológicamente rígida que 	<ul style="list-style-type: none"> • Número en aumento de proveedores que practican las aptitudes de comunicación interpersonales positivas para asesorar

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
	<p>comunicación, más específicamente mensajes personalizados y escuchar al cliente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento en la capacidad para realizar referencias y utilizar un sistema de comprobantes • Rol más proactivo y confiado al realizar las referencias • 	<p>se recibió; no adaptan su asesoría a las necesidades del cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de educación • La competitividad dentro de la comunidad reduce las referencias a personas en la misma comunidad y bloquea el suministro adecuado de servicios comunitarios • Cadena de suministros • Sistemas de información • Las capacidades de referencia son débiles • Falta de un sistema de comprobantes 	<p>a los clientes sobre la planificación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número en aumento de proveedores que informan a los pacientes que están en asesoría sobre los métodos de planificación familiar • Número en aumento de proveedores que proporcionan información precisa sobre la efectividad y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos modernos • Número en aumento de proveedores que se convierten en una fuente confiable de planificación familiar • Número en aumento de proveedores que creen que los proveedores son fuentes confiables de planificación familiar

Enfoque Estratégico	Para los que exigen productos y servicios de planificación familiar	Brindar intervenciones que influyan en las normas sociales que estigmaticen el uso de la planificación familiar
	Para los que ofrecen productos y servicios de planificación familiar	Desarrollar la prestación de servicios y productos orientados al cliente

Posicionamiento	Los servicios mejorados orientados al cliente permitirán que los hombres y mujeres planifiquen juntos para obtener familias más felices y sanas con más recursos.
------------------------	---

Información Clave	Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • El espaciamiento de los embarazos ayuda a las mujeres a ser más fuertes y saludables para su familia y para ella misma. Mitos y hechos sobre los
--------------------------	---------	--

Información Clave		<p>métodos modernos de PF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener menos hijos permite tener niños más saludables y mejor calidad de vida • Es correcto discutir con la pareja sobre la PF • Los métodos de planificación familiar modernos son seguros, confiables y accesibles para usted
	Hombres	<ul style="list-style-type: none"> • Es responsabilidad del hombre planificar junto con su pareja el número de hijos que desean y el método con el que espaciarán o evitarán los embarazos • El espaciamiento de los embarazos y menos hijos permite más recursos para la familia y para cada hijo • Costo estimado del hijo para la familia • Normas de género y su rol
	ONG locales	<ul style="list-style-type: none"> • Crear servicios favorables para el cliente incrementa el número de usuarios, lo cual ocasionará una comunidad más fuerte y sana con más recursos • Hacer referencia a un amplio rango de métodos • El rol como agentes de referencia, comprobantes
	Sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> • Los líderes comunitarios tienen derecho a exigir los servicios orientados al cliente que responden a las necesidades de planificación familiar de las mujeres en la comunidad • Las comunidades que invierten en la planificación familiar tienen mejores oportunidades de crecimiento económico • La planificación familiar no solamente beneficia a la familia, sino también beneficia a la comunidad, lo que permite el crecimiento y más recursos
	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar la planificación familiar ayuda a mejorar la salud general de la comunidad y sus clientes • Los servicios orientados al cliente son cruciales para la consejería de una planificación familiar exitosa • El trabajo en equipo provoca menos esfuerzo para los miembros individuales del equipo y tiene mayor impacto en el cliente
	Enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> • La usuaria tiene derecho a elegir el método de planificación familiar que ella prefiera • Diferentes métodos tienen diferentes ventajas para diferentes mujeres • Los servicios orientados al cliente son cruciales para la consejería de una planificación familiar
	Información Clave	

		<p>exitosa</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trabajo en equipo provoca menos esfuerzo para los miembros individuales del equipo y tiene mayor impacto en el cliente
	Representantes comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • La usuaria tiene derecho a elegir el método de planificación familiar que ella prefiera • La consejería debe personalizarse de acuerdo con las necesidades de la mujer • Diferentes métodos tienen diferentes ventajas para diferentes mujeres • Es más fácil que las mujeres accedan a los servicios dentro de la comunidad y dan como resultado una mejor planificación familiar
	Apoyo al personal de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • El cliente tiene el derecho de ser tratado con respeto • El cliente tiene derecho de recibir información correcta • Usted es una fuente importante de información para el cliente y debe darles información precisa.

Canales, Actividades y Materiales	Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Radionovelas (Novela) • Programas de entrevistas de radio comunitaria • Actividades interpersonales (difusión personal y en grupos pequeños) • Mesas de información en los mercados y eventos especiales (ferias, eventos comunitarios, etc.)
	Hombres	<ul style="list-style-type: none"> • Anuncios radiales • Programas de entrevistas por la radio comunitaria combinado con otros temas, como la agricultura, fútbol o negocios • Educación entre colegas • Carteleras (es decir, el padre abrazando al bebé, caminando junto a la mujer) • Actividades interpersonales (difusión personal y en grupos pequeños), incluyendo consejería en la clínica • Visitas al hogar que incluyen discusiones con la pareja • Mesas de información en los partidos de fútbol y eventos especiales (ferias, eventos comunitarios, eventos en las clínicas, etc.) • Concursos, como 'alimentar al bebé con una pacha' o 'cambiar el pañal al bebé' durante las ferias y eventos especiales

	ONG locales	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación: servicios orientados al cliente • Calidad de las guías de servicio
	Sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación: empoderamiento • Diálogos comunitarios • Mediación a través de medios de comunicación, foros
	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios orientados al cliente • Actividades para la formación de equipos • Capacitación y representación de roles: escuchar activamente, personalizar productos y servicios
	Enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios orientados al cliente • Actividades para la formación de equipos • Capacitación y representación de roles: escuchar activamente, personalizar productos y servicios
	Representantes comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y representación de roles: escuchar activamente, personalizar mensajes, recomendaciones y referencias • Reuniones y discusiones con los proveedores comunitarios para buscar intereses comunes y beneficios mutuos cuando trabajen juntos
	Apoyo al personal de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación: métodos de planificación familiar, audiencia activa • Concursos '<i>el empleado más amable del mes</i>'



Estrategia de Comunicación para el Cambio Social y del Comportamiento

USAID/Guatemala

Oficina de salud y educación

Salud Materno- Infantil

Diciembre de 2011

Esta literatura es posible gracias al aporte generoso del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Acuerdo N.º GPO-A-00-07-00004-00. El contenido es responsabilidad del programa C-Change, que administra FHI, y no necesariamente refleja las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Tabla de Contenido

23. RESUMEN DEL ANÁLISIS	89
Enunciado del Problema.....	89
Vacíos de Información/Investigación	89
Cambios Requeridos	89
Teoría del Cambio	90
24. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	91
División de la Audiencia Final	91
25. Audiencia	92
Mujeres embarazadas y sus hijos de menores de 1000 días.....	92
Hombres: Padre del niño de menos de 1000 días de edad.....	93
Abuelas 94	
Asistentes tradicionales de los nacimientos (Comadronas)	94
Enfermeras (muy posiblemente enfermeras auxiliares)	95
Representantes Comunitarios	95
CEC/ONG locales.....	96
Médicos 96	
Comités Comunitarios	96
26. Enfoque Estratégico	97
27. Posicionamiento	97
28. Información Clave	97
29. Canales, Actividades y Materiales	99

RESUMEN DEL ANÁLISIS

Enunciado del Problema

Las mujeres indígenas en el altiplano rural de Guatemala están dando a luz en su casa sin asistencia capacitada y sin capacidad de enfrentar una emergencia obstétrica. Las complicaciones del embarazo y parto ocasionan una cantidad desproporcionada de muertes maternas usualmente durante el parto o la primera semana después de dar a luz. Los bebés también son altamente vulnerables a la morbilidad y mortalidad. La desnutrición crónica de las madres indígenas, cuidado deficiente pre y posnatal, opciones limitadas de transporte y acceso limitado y capacidad de las instalaciones obstétricas que pueden manejar las emergencias ocasionan las barreras estructurales para los resultados natales exitosos. La hipotermia, las deficiencias macro y micro nutricionales contribuyen a los resultados deficientes. Una falta de conocimiento/capacidad de identificar las señales de peligro y advertencia, tanto para la madre como para el niño, los roles tradicionales de los esposos y las suegras en el nacimiento y la preparación deficiente de la comunidad para responder a las situaciones de emergencia complican más los resultados médicos satisfactorios. La lactancia materna es valiosa, pero tradicionalmente no es inmediata ni exclusiva para los primeros 6 meses. El destete y las prácticas de alimentación complementaria, la higiene y falta de agua potable contribuyen al riesgo. Con frecuencia, las familias no reconocen las señales de peligro y los síntomas en los niños, lo que ocasiona un manejo deficiente de las infecciones respiratorias superiores y enfermedades transmitidas por el agua. Las personas viven en un ambiente insalubre. El acceso limitado, los servicios de salud de mala calidad, el temor a un mal tratamiento y la falta de confianza en el sistema del cuidado de la salud crean barreras a la interacción satisfactoria del proveedor de salud con el cliente.

Las normas arraigadas de género/cultura y la falta de planificación y preparación para el nacimiento dentro de las familias y comunidades contribuyen a los altos índices de mortalidad materna. Las mujeres no tienen derechos. La desnutrición crónica de la madre y un sistema del cuidado de la salud que no responden a los clientes de manera contextual y culturalmente apropiada, incrementa adicionalmente la vulnerabilidad de la madre y los resultados médicos del niño. Los sistemas de salud están diseñados para los proveedores de servicios de salud y no para la comunidad

Vacíos de Información/Investigación

- Analizar las causas de la mortalidad infantil en el período posneonato y desarrollar intervenciones de prevención apropiadas
- Barreras de apoyo a las abuelas
- Creencias culturales y tradicionales con relación a los alimentos 'calientes y fríos' para los bebés, el calostro y la necesidad de que un proveedor de la salud examine al niño en las siguientes 48 horas

Cambios Requeridos

- Que las madres utilicen los servicios de asistentes e instalaciones con la capacidad de prestar atención prenatal rutinaria y atención y apoyo posnatal. Que las madres reciban consejería sobre la planificación familiar y participen en las buenas prácticas tales como espaciamiento apropiado de los

Cambios Requeridos

- embarazos, lactancia materna exclusiva, dar calostro a un bebé dentro de la primera hora del nacimiento, madres canguro y recibir las vacunas apropiadas según la programación con el apoyo de sus esposos, suegras y miembros de la comunidad.
- Que las madres comprendan y practiquen la lactancia materna óptima y reciban el apoyo de los esposos, suegras y de la comunidad.
 - Que las madres introduzcan los alimentos oportuna y nutricionalmente apropiados después del destete y más allá (mezcla apropiada de una variedad y cantidad de alimentos y suplementos). Que los miembros de la familia y líderes comunitarios puedan reconocer las señales de peligro y advertencia en el embarazo, cuidado posnatal y planifiquen las situaciones de emergencia.
 - Que los proveedores del cuidado de la salud ofrezcan asesoría y servicios consistentes y positivos orientados al cliente para las necesidades de salud materno-infantil con un enfoque centrado en el cliente sobre temas clave como el complemento de cuidado prenatal para las madres y los niños; supervisión del crecimiento, reconocimiento de las señales de peligro y crecimiento; cuidado esencial a recién nacidos, manejo de IRA y ETA y detección temprana de las señales de desnutrición.
 - Asistentes del nacimiento tradicional capacitados y que practiquen métodos de parto seguro e incluyan el cuidado de madre canguro, tratamiento de parásitos, cuidado apropiado de seguimiento e identifiquen los factores de riesgo y señales de peligro para la madre y el niño.
 - Programación SBCC diseñada por la comunidad, actualizada anualmente, manteniendo el progreso hacia mejores resultados de SMI visibles y relevantes para la comunidad.
 - La necesidad de acciones de promoción y defensa de los miembros de la comunidad demandando materias primas y recursos humanos calificados

Teoría del Cambio

Puntos Clave:

- Que los miembros de la familia y líderes comunitarios puedan reconocer las señales de peligro y advertencia en el embarazo, cuidado posnatal y planifiquen las situaciones de emergencia
- Que los proveedores del cuidado de la salud ofrezcan consejería y servicios consistentes orientados al cliente para las necesidades de salud materno-infantil con un enfoque centrado en el cliente
- Mediación para el parto en un establecimiento (HPP)
- Vigilancia control prenatal en el cumplimiento del marco legal de salud reproductiva
- Empoderamiento a las mujeres en el tema de sus derechos.

Esperamos que la capacidad de reconocer y planificar una respuesta a las señales de peligro y advertencia durante el embarazo y cuidado posnatal sea un punto clave para reducir la mortalidad materna. El concepto en que estas suposiciones se basan o provienen de teorías a nivel individual o comunitario. Las **etapas del modelo transteórico del cambio**: que se enfocan en las etapas de la motivación individual y preparación a los comportamientos del cambio; la **teoría de la**

Teoría del Cambio

motivación humana, que analiza la jerarquía de las necesidades; el **enfoque centrado en la cultura** para los vínculos entre la cultura y la estructura, relevancia cultural y motivación emocional para el compromiso dirigido a la comunidad para cambiar; al igual que los conceptos del **enfoque positivo de la anormalidad**; propiedad comunitaria del proceso de cambio, diseño y práctica con base en la comunidad y dirigida al diseño. Adicionalmente, **los modelos de difusión de las innovaciones, teoría de aprendizaje social y normas sociales**; y se incluyen los elementos de los **modelos ecológicos** de los factores intrapersonales y procesos interpersonales.

Un segundo momento clave es que los proveedores del cuidado de la salud ofrecen asesoría y servicios consistentes y positivos orientados al cliente y para las necesidades de la salud materno-infantil. La suposición es que si los servicios son de buena calidad, apropiados y atractivos, los utilizarán. Los conceptos en los que se basan estas suposiciones se utilizan en modelos de **funciones de comunicación centrada en el paciente** con relación al consumismo, relación del médico con el paciente y documentos sobre la salud. La **teoría del cambio organizacional** incluyendo las políticas organizacionales, la estructura de programas/servicios e institucionalización de pacientes es importante al igual que las **teorías de los medios** para promover los servicios, ayudar con la organización de la agenda, horarios, persuasión, modelo, refuerzo y normas percibidas; los conceptos de la **difusión de innovaciones, teoría del aprendizaje social** y las **normas sociales** apoyarán la reorientación del servicio. Todo esto se basa en los elementos de los **modelos ecológicos**, específicamente los factores y procesos intrapersonales.

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

División de la Audiencia Final	Mujeres embarazadas y sus hijos de menos de 1000 días de edad	<i>Directamente afectados</i> ya que la salud de la madre y el niño es la más afectada.
	Hombres: Padre del niño de menos de 1000 días de edad	<i>Indirectamente afectados</i> ya que los padres influyen directamente en la salud de su familia con sus decisiones
	Abuelas / suegras.	<i>Influyen directamente</i> ya que afectan directamente la toma de decisiones de la familia
	Asistentes tradicionales de los partos (<i>comadronas</i>)	<i>Influyen directamente.</i> Ayudan a dar a luz a los recién nacidos y brinda atención a la madre y al niño como una asesora e influyente directa
	Enfermeras (muy posiblemente enfermeras auxiliares)	<i>Influyen directamente.</i> Determinantes para apoyar a una madre desde el período prenatal hasta el posnatal; las visitas prenatales, el crecimiento y con

División de la Audiencia Final		supervisión y asesoría nutricional
	Representantes comunitarios	<i>Influyen directamente.</i> Los roles activos como diseñadores del sistema de cuidado obstétrico de emergencia; promoción de las prácticas de nutrición saludable y apoyo para la prevención y manejo de IRA y ETA
	PEC/ONG locales	<i>Influyen directamente.</i> Rol importante en el apoyo a las familias y evalúa la capacidad de los trabajadores del cuidado de la salud para diagnosticar y manejar la enfermedad
	Médicos	<i>Influyen directamente.</i> El miembro más temido del equipo del cuidado de la salud
	Líderes comunitarios	<i>Influyen directamente.</i> Movilizan los recursos comunitarios e interceden por el apoyo de agua, higiene, transporte de emergencia apropiados, al igual que los canales comunitarios y mercados para los alimentos nutricionalmente óptimos

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
Mujeres embarazadas y sus hijos de menores de 1000 días	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor demanda de los servicios de salud • Uso incrementado del cuidado prenatal y posnatal y servicios de supervisión del crecimiento. • Uso incrementado de asistencia capacitada durante el parto • Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses • Capacidad de reconocer las señales de peligro y advertencia durante el embarazo, parto y el niño joven • Planificación familiar posparto 	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras del idioma • Barreras culturales • Desnutrición / anemia crónica • Falta de acceso a información y a educación • Falta de conocimiento de las señales de peligro en el embarazo • Distancias largas hacia las instalaciones de salud (difícil acceso) • Actitudes del proveedor de salud • Creencias tradicionales alrededor de los nacimientos • Falta de participación 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el número de mujeres que se sienten seguras y que buscan un mínimo de 4 visitas de control prenatal durante el embarazo mejorará su salud y la salud de sus bebés • Incrementar el número de mujeres que tienen planificado dar a luz a sus bebés en un servicio de salud y tienen un plan de transporte • Incrementar el número que informa una interacción positiva del proveedor y el cliente en PF/SR/SMI • Incrementar el número de mujeres que conocen las señales de peligro durante el parto y cuándo buscar la ayuda de un proveedor de salud • Incrementar el número de mujeres que se sienten seguras de que visitar a un proveedor calificado con capacidad dentro de las 48 horas después del parto mejorará su salud y la salud de sus bebés • Incrementar el número de mujeres que hablan a sus parejas sobre los temas de SR • Incrementar la consejería de PF, por parte del proveedor de salud.

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
		<p>masculina en los procesos de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de confianza en los beneficios de los asistentes capacitados durante el parto Falta de conocimiento con relación al cuidado posparto y señales de advertencia Las mujeres no visitan los servicios de salud durante los primeros dos meses; ¿cómo llega al grupo durante ese tiempo? 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el número de parejas que usan un método de PF Incrementar el número de mujeres que llegan a control prenatal y reciben vigilancia y control prenatal nutricional
<p>Hombres: Padre del niño de menos de 1000 días de edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo a su cónyuge para el incremento del uso de cuidado prenatal Uso incrementado de asistencia capacitada durante el parto Incremento en la atención médica inmediata (servicios de cuidado obstétrico de emergencia)Capacidad de reconocer las señales de peligro y advertencia durante el embarazo, parto y el niño joven 	<ul style="list-style-type: none"> Creer que los temas de SR son responsabilidad de la mujer Creencias tradicionales Falta tradicional de participación con el niño Dificultad de acceso Machismo Diferencias culturales e idiomas 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el número de hombres que cree que la asistencia en las visitas CONTROL PRENATAL y el nacimiento en una instalación de salud mejorará la salud de las madres y los bebés Incrementar el número de hombres que ha discutido un plan de transporte para llevar a sus parejas a una instalación de salud antes del parto Incrementar el número de hombres que informa una interacción positiva del proveedor y el cliente en PF/SR/SMI Incrementar el número de hombres que habla a sus parejas sobre la planificación de los embarazos y temas del cuidado infantil Incrementar el número de hombres que acompaña a sus parejas a las instalaciones de salud y servicios de

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
			parto <ul style="list-style-type: none"> Incrementar el número de hombres que conocen las señales de peligro después del parto y para sus hijos pequeños y cuándo buscar la ayuda de un proveedor de salud Incrementar el número de hombres concientizados sobre su rol en la salud reproductiva y la salud de la familia en general
Abuelas	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar su rol de líder para brindar consejos precisos para mejorar la situación de la SMI en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento (información inexacta) Actitud hacia la innovación e ideas “nuevas” Falta de confianza en el cuidado de la salud occidental/partos tradicionales y culturales y prácticas nutricionales 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el número de abuelas que conocen las señales de advertencia durante el embarazo, parto y para el hijo pequeño
Asistentes tradicionales de los nacimientos (Comadronas)	<ul style="list-style-type: none"> Implementar partos seguros que incluyan la prevención de hipotermia, manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto para prevenir hemorragias durante el parto y seguimiento de cuidado posnatal dentro de 24 horas y tres días de nacimiento para identificar los factores de riesgo y señales de peligro para la madre y el bebé Tienen un conocimiento de la 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel educativo Tradiciones culturales Barreras del idioma Selección de las comadronas por parte de los Dioses Mayas (cosmovisión maya) 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el número de comadronas que se sienten seguras de implementar prácticas de partos seguros mejorará la experiencia de nacimiento a sus pacientes Incrementar el número de TBA que informan a los miembros de la familia que reciben asesoría sobre los factores de riesgo y señales de peligro para la madre y bebé Aumentar conocimientos a través de procesos de capacitación y fortalecimiento a las comadronas

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
	<p>señales de peligro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la referencia de partos complicados hacia los servicios de salud • Fortalecimiento de conocimientos de las comadronas poder proporcionar un consejo correcto sobre las prácticas de alimentación nutritiva para la madre y el hijo 		
<p>Enfermeras (muy posiblemente enfermeras auxiliares)</p> <p>Enfermeras (muy posiblemente enfermeras auxiliares)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentros positivos entre el proveedor y el cliente en todos los niveles de la prestación del servicio • Las enfermeras proporcionan mensajes precisos y relevantes para sus clientes • Atención con pertinencia cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos pacientes, no hay suficiente tiempo • Prejuicios hacia la población atendida (discriminación) • Bajo pago • Falta de motivación • Barreras del idioma y culturales • Falta de motivación y capacitación en los servicios para el cliente • Conocimiento y capacitación en todos los aspectos de PF/SR/SMI integrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el número de proveedores que practican habilidades positivas interpersonales e interculturales para asesorar a los pacientes • Incrementar el número de enfermeras que utilizan las habilidades IPC para tratar a los pacientes con más eficiencia utilizando menos tiempo • Incrementar el número de proveedores que informan a los pacientes que reciben asesoría sobre la importancia de las visitas de control prenatal y asistentes capacitados durante el parto • Incrementar el número de proveedores que creen que están ayudando a sus pacientes a mejorar su calidad de vida • Incrementar el número de proveedores que se convierten en una fuente confiable de servicios e información sobre PF/SR/SMI
<p><i>Representantes Comunitarios</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidades técnicas mejoradas y capacidades de 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodológicamente rígidos en las 	<ul style="list-style-type: none"> • Número en incremento de proveedores que practican las habilidades de comunicación

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
PEC/ONG locales	<p>comunicación para la prevención y manejo de las inquietudes sobre la salud en la SMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración incrementada y comunicación asertiva entre los miembros del equipo médico 	<p>presentaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento preciso • Apatía por parte de los proveedores de salud 	<p>interpersonal e intercultural positiva para apoyar a las mujeres y recién nacidos y sus familias en SMI/PF/SR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número en incremento de proveedores que proporcionan información precisa sobre el peligro y señales de advertencia para el embarazo, cuidado postnatal para la madre y el niño y manejo del caso de IRA y ETA • Número en incremento de representantes comunitarios que pueden adaptar su consejería (charlas) a las necesidades específicas de la audiencia
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar mensajes clave sobre PF/SR/SMI a sus pacientes • Atención con pertinencia cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo limitado • Barreras del idioma • Dios • SISTEMA: vínculo más débil 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en la colaboración y la comunicación asertiva entre los miembros del equipo médico • Aumento en el número de médicos que aprovechan las oportunidades clase para comunicar los mensajes específicos a las familias sobre SMI/PF/SR
Líderes Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de acción comunitaria para cuidado obstetra y postnatal de emergencia incluyendo el transporte • Planes de acción comunitaria con relación al agua e higiene • Líderes comunitarios que exigen sus derechos 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de confianza en los servicios de PF/SR/SMI para la comunidad • Creencias religiosas y tradicionales • Asuntos y recursos relacionados • No aplicación de práctica de seguimiento (monitoreo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar sensibilización de los líderes comunitarios en temas de salud de la mujer • Incrementar el número de líderes comunitarios que comprenden los componentes de los programas de atención obstetra de emergencia y apoyarlos en sus comunidades • Incrementar el número de líderes comunitarios que defienden la prestación de servicios SMI de mejor calidad y más accesibles y una maternidad segura • Mejorar el trabajo con los líderes comunitarios para conformar grupos de presión y así poder exigir que se cumpla con la diversidad de normas para la salud materna.

Enfoque Estratégico	Mejorar el uso de cuidados prenatales, postnatales y de recién nacidos al mejorar las capacidades de los proveedores del cuidado de la salud en un enfoque orientado al usuario, estimulando a las familias a que asistan por lo menos a cuatro visitas prenatales y busquen activamente el cuidado postnatal y fortalecer la capacidad de la comunidad de apoyar las acciones comunitarias al desarrollar los planes de acción SBCC integrados.
----------------------------	--

Posicionamiento	Las familias satisfechas con los servicios de salud buscarán atención prenatal, postnatal y de recién nacido, lo que mejorará la salud y bienestar de la madre y el recién nacido. Somos familias que apoyamos a nuestras mujeres y niños. Mi comunidad me cuida.
------------------------	---

Información Clave	Mujeres embarazadas y sus hijos de menos de 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios del cuidado anticonceptivo y prenatal • Riesgos de las complicaciones del nacimiento/beneficios del nacimiento en una instalación de salud • Importancia de la nutrición de la madre y el bebé • Hipotermia • Señales de advertencia • Beneficios del cuidado postnatal • Componentes del cuidado esencial al recién nacido • Comunicación asertiva de dos vías/técnicas para escuchar activamente • Visitas a las 48 horas • IRA/diarrea
	Hombres: Padre del niño de menos de 1000 días de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios del cuidado anticonceptivo • Riesgos de las complicaciones del nacimiento/beneficios del nacimiento en una instalación de salud • Importancia de la nutrición de la madre • Señales de advertencia • Beneficios del cuidado postnatal • Componentes del cuidado esencial al recién nacido • Comunicación asertiva de dos vías/técnicas para escuchar activamente
	Abuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la visita al servicio de salud • Importancia de la nutrición de la madre • Hipotermia • Anemia • Señales de advertencia • Beneficios del cuidado postnatal • Componentes del cuidado esencial al recién nacido
	TBA (Comadronas)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotermia • Anemia • Señales de peligro • Beneficios del cuidado postnatal • Comunicación asertiva de dos vías/estrategias para escuchar activamente y trabajar en equipo

Información Clave

	<ul style="list-style-type: none"> • Componentes del cuidado esencial al recién nacido • Manejo de infecciones del recién nacido • Cuidado de la diarrea, neumonía y desnutrición infantil • Supervisión del crecimiento y asesoría para seguimiento a los infantes y niños pequeños • Participación de las comadronas al momento del parto en los servicios de salud
Enfermeras (muy posiblemente enfermeras auxiliares)	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas • Anemia • Señales de advertencia • Programa de cuidado de la madre canguro • Vacunas • Beneficios del cuidado postnatal • Comunicación asertiva de dos vías/estrategias para escuchar activamente y trabajar en equipo • Componentes del cuidado esencial al recién nacido; del cuidado esencial pre y postnatal de la madre • Manejo de infecciones del recién nacido • Cuidado de la diarrea, neumonía y desnutrición infantil • Supervisión del crecimiento y asesoría para seguimiento a los infantes y niños pequeños
Representantes Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas • Anemia • Señales de advertencia
PEC/ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de cuidado de la madre canguro • Vacunas • Beneficios del cuidado postnatal • Hipotermia • Comunicación asertiva de dos vías/estrategias para escuchar activamente y trabajar en equipo • Componentes del cuidado esencial al recién nacido • Manejo de infecciones del recién nacido • Cuidado de la diarrea, neumonía y desnutrición infantil • Supervisión del crecimiento y asesoría para seguimiento a los infantes y niños pequeños
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas • Anemia • Señales de advertencia • Programa de cuidado de la madre canguro • Vacunas • Beneficios del cuidado postnatal • Hipotermia • Comunicación asertiva de dos vías/estrategias para escuchar activamente y trabajar en equipo

Información clave		<ul style="list-style-type: none"> • Componentes del cuidado esencial al recién nacido • Manejo de infecciones del recién nacido • Cuidado de la diarrea, neumonía y desnutrición infantil • Supervisión del crecimiento y asesoría para seguimiento a los infantes y niños pequeños
	Líderes Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios del cuidado anticonceptivo • Riesgos de las complicaciones del nacimiento/beneficios del nacimiento en una instalación de salud • Beneficios del cuidado postnatal • Comunicación asertiva de dos vías/estrategias para escuchar activamente y trabajar en equipo • Componentes del cuidado esencial al recién nacido • Cuidado de la diarrea, neumonía y desnutrición infantil • Planificación de la respuesta de su comunidad a las emergencias obstétricas

Canales, Actividades y Materiales	Mujeres embarazadas y sus hijos entre los primeros 1000 días	<ul style="list-style-type: none"> • Canales interpersonales (Educadores, visitas al hogar) • Radio: anuncios, telenovelas, programas de entrevistas • Uso creativo de tecnología disponible (IT: teléfonos móviles) • Mesas informativas en los mercados, festivales de la ciudad • Reuniones en la iglesia • Visitas a puestos de salud/PEC • Radios de los mercados
	Hombres: Padre del niño dentro de los primeros 1000 días de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Anuncios radiales: mejor si es durante un partido de fútbol • Programas de entrevistas por la radio comunitaria combinado con otros temas, como la agricultura • Carteleras • Afiches en la 'cantina' • Actividades interpersonales • Visitas al hogar que incluyen discusiones con la pareja • Ferias • Reuniones de hombres o áreas de diálogo comunitario (por ejemplo, reuniones de grupos agrícolas) • Temas integrales de salud
	Suegras/Abuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Canales interpersonales (Comadronas, Educadores, visitas al hogar) • Radio: anuncios, telenovelas, programas de entrevistas

	<ul style="list-style-type: none"> • Uso creativo de tecnología disponible (IT: teléfonos móviles) • Mesas informativas en los mercados, festivales de la ciudad • Reuniones en la iglesia
TBA (Comadronas)	<ul style="list-style-type: none"> • Educación entre compañeros • Canales interpersonales • Visitas al hogar • Visitas a la iglesia • Clínicas • Capacitación
Enfermeras (muy posiblemente enfermeras auxiliares)	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios orientados al cliente • Actividades para la formación de equipos • Capacitación y representación de roles: escuchar activamente, personalizar productos y servicios, guías • Servicio de intérpretes cuando se necesite.
Representantes Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y representación de roles: escuchar activamente, personalizar mensajes, recomendaciones y referencias • Reuniones y discusiones con los proveedores comunitarios para buscar intereses comunes y beneficios mutuos cuando trabajen juntos
PEC y ONG	
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios orientados al cliente • Actividades para la formación de equipos • Capacitación y representación de roles: escuchar activamente, personalizar productos y servicios • Seminarios • Programa de cuidado de la madre canguro
Líderes Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación: empoderamiento • Diálogos comunitarios • Mediación a través de medios de comunicación, foros



Estrategia de Comunicación para el Cambio Social y del Comportamiento

VIH

USAID/Guatemala

Oficina de Salud Y Educación

Diciembre de 2011

Este documento es posible gracias al aporte generoso del Pueblo Estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Acuerdo N.º GPO-A-00-07-00004-00. El contenido es responsabilidad del proyecto C-Change, que administra FHI 360, y no necesariamente refleja las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Tabla de Contenido

1... RESUMEN DEL ANÁLISIS.....	103
Enunciado del Problema	
Vacíos de Información /Investigación	
Cambios Requeridos	
Teoría del Cambio	
2... ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	105
División de la Audiencia Final	
3... Audiencia.....	106
Transexuales	
Trabajadoras Sexuales y Sus Clientes	
PCV 107	
Proveedores de Atención Médica	
Líderes Comunitarios.....	
ONGs 108	
Sector privado (FUNDAZUCAR, Ingenios, Propietarios y Administradores de Tiendas/Bares/Cantinas).....	
Autoridades Nacionales del Ministerio de Salud	
Jefes Departamentales del Ministerio de Salud	
Autoridades Locales: Gobernadores y Alcaldes en la Cabecera Departamental.....	
4... Posicionamiento.....	111
5... Información Clave	111
6... Canales, Actividades y Materiales.....	112

RESUMEN DEL ANÁLISIS

<p>Enunciado del Problema</p>	<p>Las poblaciones que están en un mayor riesgo, PMAR y las personas que viven con personas con VIH (PCV están renuentes en asistir a clínicas de salud pública debido al tratamiento estigmatizado y discriminatorio que reciben. Esto refuerza la baja autoestima de los clientes y da como resultado una baja supervisión de la salud, tasas más altas de morbilidad y mortalidad. Los proveedores de atención médica están males capacitados y poco sensibilizados en el área de VIH y los servicios con orientación al cliente, y no están conscientes de los problemas relevantes con relación a los derechos humanos. Esta situación bloquea el acceso a la continuidad de la atención para cada una de las poblaciones que se consideran como PMAR, así como para los que viven con VIH.</p> <p>Los líderes de las comunidades locales, las iglesias y las escuelas le asignan una prioridad baja a los servicios de calidad del VIH. Las ONG locales que representan a las PMAR y a las PCV trabajan en actividades de prevención y proporcionan dotación de personal voluntario en las oficinas locales de salud y actúan como un vínculo entre sus miembros y proveedores de servicios, promoviendo mejores servicios en las 8 regiones más afectadas por el VIH.</p> <p>Las normas sociales, los prejuicios, las barreras culturales con relación al comportamiento sexual de las PMAR y las PCV y una falta de voluntad política a nivel nacional contribuyen al estigma y la discriminación continuados a pesar de las leyes y las regulaciones de protección.</p>
<p>Vacíos de Información /Investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeo actualizado de los lugares populares de hombres que sostienen relaciones sexuales con hombres (HSH, transexuales y trabajadoras sexuales (TS, por sus siglas en inglés) en áreas urbanas departamentales • Mapeo actualizado de servicios de salud relacionados con el VIH/ITS • Mapeo actualizado de asociaciones locales de derechos humanos
<p>Cambios Requeridos</p> <p>Cambios requeridos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles reducidos de estigma y discriminación entre las PMAR y las PCV y los proveedores de atención médica, líderes de las comunidades locales, iglesias y escuelas que están involucradas en la continuidad de los servicios desde prevención hasta atención. • Creación de redes multisectoriales proactivas a nivel local. (La oficina de salud local, las ONG locales que representan a las PMAR y a las PCV, el IGSS, los representantes de la sociedad civil (bomberos, policía)) que movilizan a la comunidad para un acceso mejorado a los servicios de prevención y atención. • El mantenimiento/desarrollo de políticas, regulaciones y actividades impulsadas por la conciencia del VIH que crean un ambiente de apoyo para servicios de VIH de calidad en las 8 regiones de Guatemala que han reportado casos de VIH. • PMAR y PCV que muestran un comportamiento asertivo en busca de la salud.

	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor calidad de la atención a través de consejería y aptitudes interpersonales de los proveedores de salud para prestar servicios de calidad a las personas PLWHIV/SIDA, TS, MSW, transexuales y homosexuales. • Mejores alianzas privadas-públicas en áreas críticas como políticas, leyes y protocolos a nivel local, por ejemplo con grandes patronos como lo es la industria azucarera. • Apoyo al Proceso Nacional de Planificación Estratégica. Un enfoque multisectorial que enfatice la participación y el fortalecimiento de la capacidad de la sociedad civil para responder a la epidemia a través del uso estratégico de información para la intermediación, elaboración de políticas y M&E de los esfuerzos del programa.
--	---

Teoría del Cambio	<p><i>Mensajes clave:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • PMAR y PCV que muestran un comportamiento asertivo en busca de la salud • Redes multisectoriales proactivas • Pregunta: ¿el financiamiento de los costos de salud debería realizarse dentro de los momentos clave? <p>Esperamos que la creación de redes multisectoriales proactivas proporcione un momento clave importante para el cambio. El concepto en que se basan estas tres suposiciones se puede encontrar en las teorías relacionadas: Las teorías de la formación de redes sociales y el capital social describe cómo fortalecer y motivar a que las redes se pongan en acción. El modelo integrado de comunicación para el cambio social puede guiar un proceso de diálogo comunitario que dará como resultado la acción colectiva para actuar como un catalizador; organización comunitaria con conceptos clave de capacidad comunitaria para realizar tareas críticas, la participación y la autodeterminación y la relevancia, el compromiso público, la difusión organizada y la masa crítica.</p> <p>También esperamos que las PMAR y las PCV muestren un comportamiento asertivo en busca de la salud que ayude a correr el momento clave para el cambio al reducir el estigma y la discriminación para las personas que buscan tratamiento en los hospitales públicos. El concepto en el que se basan estas suposiciones se utiliza en las teorías sociales del aprendizaje para aumentar la autoeficacia así como en la teoría de las normas sociales para abordar las normas sociales, las normas colectivas, las normas aparentes y el estigma;. Los modelos de los proveedores de los clientes ayudarán a guiar los factores intrapersonales y los procesos interpersonales relacionados con el comportamiento asertivo en busca de la salud.</p>
--------------------------	---

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

División de la Audiencia Final	HSH	<i>Directamente afectados.</i> Necesitan acceso a los servicios
	Transexuales	<i>Directamente afectados.</i> Necesitan acceso a los servicios
	Trabajadoras sexuales y sus clientes	<i>Directamente afectados.</i> Necesitan acceso a los servicios
	PCV	<i>Directamente afectadas.</i> Necesitan acceso a los servicios
	Proveedores de atención médica	<i>Personas directamente influyentes.</i> Ellos reducen las barreras para el uso de los servicios, la mediación y la promoción de los derechos humanos.
	Líderes comunitarios	<i>Personas directamente influyentes.</i> Interceden por los derechos humanos y los promueven
	ONG	Personas directamente influyentes. Interceden por los derechos humanos y los promueven y tienen la capacidad de llegar a las poblaciones objetivo
	Redes multisectoriales [Oficina de salud local, ONG locales que representan a las PMAR y a las PCV, el IGSS, representantes de la sociedad civil (bomberos, policía)]	<i>Personas directamente influyentes.</i> Las redes identifican los problemas y buscan soluciones que hagan sentido para su contexto local, baja inversión y podrían promover una excelente programación local (por ejemplo, Coatepeque)
	Sector privado (FUNDAZUCAR, ingenios, propietarios y administradores de tiendas/bares/cantinas)	<i>Personas directamente influyentes.</i> Miembros de la red multisectorial, aliados importantes para brindar el espacio para implementar las actividades de promoción y educación con las poblaciones objetivo
	Jefes departamentales del Ministerio de Salud	<i>Personas directamente influyentes.</i> Miembros de la red multisectorial; necesitan capacitarse y sensibilizarse; tienen la capacidad de reforzar el respeto por los derechos humanos
	Autoridades locales: Gobernadores y alcaldes en la cabecera departamental	<i>Personas directamente influyentes.</i> Miembros de la red multisectorial; necesitan sensibilizarse; tienen la capacidad de crear/implementar la política, las regulaciones y la promoción que se relacionan con los derechos humanos
Autoridades nacionales del Ministerio de Salud	<i>Personas indirectamente influyentes.</i> Miembros de la red multisectorial; necesitan sensibilizarse, tienen la capacidad de reforzar el respeto por los derechos humanos	

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
HSH	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y demandar sus derechos • Seguir asistiendo a los servicios de salud sin importar las violaciones a sus derechos humanos • Denunciar las violaciones a los derechos humanos • Conocer sus responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a información precisa acerca de sus derechos en relación con el sistema de atención médica • Autoestima baja para abordar el riesgo potencial de VIH o cuidado personal en el caso de ser infectado 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de PCV y PMAR que sepa a dónde ir para buscar apoyo y/o denunciar violaciones a sus derechos humanos
Transexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y demandar sus derechos • Seguir asistiendo a los servicios de salud sin importar las violaciones a sus derechos humanos • Denunciar las violaciones a los derechos humanos • Conocer sus responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a información precisa acerca de sus derechos en relación con el sistema de atención médica • Autoestima baja para abordar el riesgo potencial de VIH o cuidado personal en el caso de ser infectado • SES bajo • Nivel educativo • Violación de los derechos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de PCV y PMAR que sepa a dónde ir para buscar apoyo y/o denunciar violaciones a sus derechos humanos • Incrementar la cantidad de PCV y PMAR que sientan que pueden marcar la diferencia en sus vidas al denunciar violaciones a los derechos humanos
Trabajadoras Sexuales y Sus Clientes	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y demandar sus derechos • Seguir asistiendo a los servicios de salud sin importar las violaciones a sus derechos humanos • Denunciar las violaciones a los derechos humanos • Conocer sus responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a información precisa acerca de sus derechos en relación con el sistema de atención médica • Autoestima baja para abordar el riesgo potencial de VIH o cuidado personal en el caso de ser infectado • SES bajo • Nivel educativo • Violación de los derechos humanos • No da seguimiento • 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de PCV y PMAR que sepa a dónde ir para buscar apoyo y/o denunciar violaciones a sus derechos humanos • Incrementar la cantidad de PCV y PMAR que sientan que pueden marcar la diferencia en sus vidas al denunciar violaciones a los derechos humanos

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
PCV	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y demandar sus derechos • Seguir asistiendo a los servicios de salud sin importar las violaciones a sus derechos humanos • Denunciar las violaciones a los derechos humanos • Conocer sus responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a información precisa acerca de sus derechos en relación con el sistema de atención médica • Baja autoestima para abordar el potencial de cuidado personal y demanda de servicios • SES de medio a bajo • Nivel educativo de medio a bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de PCV y PMAR que sepa a dónde ir para buscar apoyo y/o denunciar violaciones a sus derechos humanos • Incrementar la cantidad de PCV y PMAR que sientan que pueden marcar la diferencia en sus vidas al denunciar violaciones a los derechos humanos (autoeficacia)
Proveedores de Atención Médica	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a los clientes una amable bienvenida e información apropiada y pertinente • Prestar servicios con orientación al cliente • Con conocimiento sobre los protocolos del VIH para la prevención y la atención en su entorno de atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo/prejuicios: estereotipos acerca de los miembros de la diversidad sexual • Educación y capacitación deficiente • Brechas en el conocimiento de ITS/VIH • Creencias que se están estigmatizando (<i>usted intentará seducirme</i>) • Irrespeto por la confidencialidad y la privacidad de los pacientes en los centros de salud • Centros de ITS que no tienen capacitación en VIH • Poco sensibles a la realidad y necesidades de los PMAR 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de servicios relacionados con el VIH motivados y aptos para ofrecer una amable bienvenida e información precisa y pertinente a las PCV y PMAR (HSH, transexuales, TS) • Incrementar la cantidad de PCV y PMAR que reportan una interacción positiva entre el proveedor y el cliente en las instalaciones de salud de VIH/ITS • Incrementar la cantidad de proveedores que se convierten en una fuente confiable de servicios de VIH/ITS
Líderes Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Promover discusiones de VIH entre los líderes y comités comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento sobre ITS/VIH en general • Prejuicios sociales y culturales: estereotipos acerca de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de líderes comunitarios capacitados en la

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
	<ul style="list-style-type: none"> Participar activamente en las redes multisectoriales 	<p>HSH, transexuales y TS</p> <ul style="list-style-type: none"> No ven cómo se relaciona su mundo y su rol como líderes comunitarios. 	<p>identificación y abordaje del estigma entre ellos mismos y los miembros de su comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Incrementar la cantidad de líderes comunitarios que comunican mensajes clave a sus comunidades acerca del VIH y los derechos humanos Incrementar la cantidad de actores comunitarios que aprovechan las oportunidades clave para comunicar mensajes a sus comunidades acerca del VIH y los derechos humanos de forma clara y sencilla Incrementar la cantidad de líderes comunitarios que se comunican con actores comunitarios acerca del VIH y los derechos humanos Poca o nula sensibilización
ONGs	<ul style="list-style-type: none"> Llegar a poblaciones más lejanas en una forma culturalmente apropiada Incluir a las PMARS y a las PCV en las estrategias de prevención, tratamiento y cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Alcance geográfico No hay suficiente conocimiento de las poblaciones objetivo en el sitio local, hacen suposiciones acerca de sus opciones 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar la cantidad de ONG locales que incluyen una conciencia sobre derechos humanos y la formación de destrezas en su programación Incrementar la cantidad de ONG locales que llegan cada vez más a las

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
			<p>poblaciones lejanas en una forma culturalmente apropiada con estrategias de prevención, tratamiento y atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reorganizar el área geográfica de trabajo de las ONGs • Estandarizar las estrategias de prevención entre las ONGs y otras instituciones
Redes Multisectoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al proceso de prevención y de divulgación de información sobre el VIH a la comunidad • Promoción de una programación local relacionada con el VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento sobre ITS/VIH en general y su relevancia específica para su comunidad • Prejuicios: estereotipos acerca de los HSH, transexuales y TS 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cantidad de redes locales multi-sectoriales que incluyen a las PMAR y a las PCV en el proceso de toma de decisiones • Apoyar la creación y operativización de redes multisectoriales en otros lugares.
Sector privado (FUNDAZUCAR, Ingenios, Propietarios y Administradores de Tiendas/Bares/Cantinas)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y participación en el proceso de prevención de VIH y de información a la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento sobre ITS/VIH en general y su relevancia para sus servicios • Prejuicios: estereotipos acerca de los HSH, transexuales y TS 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa en acciones específicas para promover la prevención del VIH y los derechos humanos, como lo es la inclusión de las actividades de educación y promocionales dentro de sus negocios • Diálogo con los líderes comunitarios y funcionarios electos para maximizar la colaboración

Audiencia	Cambios Deseados	Barreras	Objetivos de la Comunicación
Autoridades Nacionales del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar acciones de prevención, tratamiento y continuidad de atención para el VIH. • Crear políticas y regulaciones para los derechos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe comunicación efectiva entre las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en VIH y el Ministerio de Salud • El Ministerio de Salud establece como prioridad el apoyo contingente cuando hay emergencias • El VIH ocupa el 8° lugar? dentro de las prioridades nacionales de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la participación de autoridades nacionales que apoyan y participan en el proceso de prevención y atención del VIH
Jefes Departamentales del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar las iniciativas de las redes multisectoriales y los líderes comunitarios • Crear vínculos entre las comunidades y las autoridades nacionales • Aplicar las políticas y las regulaciones de derechos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe comunicación efectiva entre las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en VIH y el Ministerio de Salud • El Ministerio de Salud establece como prioridad el apoyo contingente cuando hay emergencias • El VIH ocupa el 8° lugar dentro de las prioridades nacionales de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el cumplimiento del decreto 27-2000 para priorizar el vih en el MSPAS • Incrementar la cantidad de autoridades locales quienes apoyan y participan en el proceso de prevención y atención del VIH • Incrementar el número de jefes departamentales que le dan prioridad a los servicios de VIH orientados al cliente
Autoridades Locales: Gobernadores y Alcaldes en la Cabecera Departamental	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar las iniciativas de las redes multisectoriales y los líderes comunitarios • Crear vínculos entre las comunidades y las autoridades nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • El VIH no es parte de la agenda política • No se les da prioridad a las poblaciones objetivo • Prioridades no son muy claras y dependen de muchas circunstancias 	<ul style="list-style-type: none"> • fomentar la participación de autoridades locales que apoyan y participan en el proceso de prevención y atención del VIH • Incrementar la cantidad de autoridades locales que incluyen a las PMAR y a las PCV en el proceso de toma de decisiones

Enfoque Estratégico	<p>La reducción del estigma y la discriminación aumentará la cantidad de PMAR y PCV satisfechas que asisten a los servicios de salud así como los comportamientos en busca de la salud entre los que aún no acceden a los servicios. Con el uso de las siguientes estrategias, se puede lograr una reducción en el estigma y la discriminación entre los proveedores de la salud y las PMAR:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Conciencia/ capacitación y supervisión de los derechos humanos y aptitudes de IPC de los proveedores de atención médica b) Desarrollo de capacidades de los grupos de autoayuda y redes locales de PMAR c) Aumento en la calidad y la cantidad de cobertura positiva de los medios de comunicación de las redes y las instituciones involucradas en la reducción del estigma y la discriminación d) Mediación para involucrar a los patronos del sector privado para que apoyen la continuidad de los servicios de pruebas de prevención para atender a sus empleados e) Promover cambio de las normas sociales, de normas orientadas al género masculino a normas más igualitarias
----------------------------	---

Posicionamiento	El enfoque estratégico es que “SOMOS DIFERENTES PERO IGUALES EN DERECHOS Y OBLIGACIONES”.
------------------------	---

Información Clave	<table border="1"> <tr> <td>HSH</td> <td rowspan="4"> <ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos • Estigma y discriminación / abandono del tratamiento y otras consecuencias • Autoeficacia/beneficios como resultado de NO abandonar el tratamiento y en lugar de esto exigir los servicios merecidos • Organización y servicios de apoyo a los derechos humanos (remisiones) • Técnicas de comunicación asertiva/atención activa • Autoestima </td> </tr> <tr> <td>Transexuales</td> </tr> <tr> <td>Trabajadoras sexuales y sus clientes</td> </tr> <tr> <td>PCV</td> </tr> </table>	HSH	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos • Estigma y discriminación / abandono del tratamiento y otras consecuencias • Autoeficacia/beneficios como resultado de NO abandonar el tratamiento y en lugar de esto exigir los servicios merecidos • Organización y servicios de apoyo a los derechos humanos (remisiones) • Técnicas de comunicación asertiva/atención activa • Autoestima 	Transexuales	Trabajadoras sexuales y sus clientes	PCV
	HSH	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos • Estigma y discriminación / abandono del tratamiento y otras consecuencias • Autoeficacia/beneficios como resultado de NO abandonar el tratamiento y en lugar de esto exigir los servicios merecidos • Organización y servicios de apoyo a los derechos humanos (remisiones) • Técnicas de comunicación asertiva/atención activa • Autoestima 				
Transexuales						
Trabajadoras sexuales y sus clientes						
PCV						
	<table border="1"> <tr> <td>Proveedores de atención médica</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos • Situación legal • Terminología actualizada sobre VIH • Lenguaje que no sea discriminatorio • Estigma y discriminación / abandono del tratamiento y otras consecuencias • Factores epidemiológicos • Servicios orientados al cliente • Atención activa • Capacitación en protocolos clínicos para las PMAR y las PCV • Establecer códigos únicos de identificación entre ONGs y MSPAS para no duplicar datos • </td> </tr> </table>	Proveedores de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos • Situación legal • Terminología actualizada sobre VIH • Lenguaje que no sea discriminatorio • Estigma y discriminación / abandono del tratamiento y otras consecuencias • Factores epidemiológicos • Servicios orientados al cliente • Atención activa • Capacitación en protocolos clínicos para las PMAR y las PCV • Establecer códigos únicos de identificación entre ONGs y MSPAS para no duplicar datos • 			
Proveedores de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos • Situación legal • Terminología actualizada sobre VIH • Lenguaje que no sea discriminatorio • Estigma y discriminación / abandono del tratamiento y otras consecuencias • Factores epidemiológicos • Servicios orientados al cliente • Atención activa • Capacitación en protocolos clínicos para las PMAR y las PCV • Establecer códigos únicos de identificación entre ONGs y MSPAS para no duplicar datos • 					

Información Clave	Líderes comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia y capacitación en derechos humanos • Estigma y discriminación / abandono del tratamiento y otras consecuencias • Lenguaje que no sea discriminatorio • <i>Trabajemos juntos en esto. ¡Involúcrese!</i>
	ONG	
	Redes multisectoriales	
	Sector privado (FUNDAZUCAR, ingenios, propietarios y administradores de tiendas/bares/cantinas)	
	Autoridades nacionales del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos • Situación legal • Terminología actualizada sobre VIH • Lenguaje que no sea discriminatorio • Estigma y discriminación / abandono del tratamiento y otras consecuencias • Factores epidemiológicos
	Jefes departamentales del Ministerio de Salud	
Autoridades locales: Gobernadores y alcaldes en la cabecera departamental		

Canales, Actividades y Materiales	HSH	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales de apoyo como <ul style="list-style-type: none"> ○ Volantes ○ Fotos con mensajes ○ Cadenas clave con mensajes ○ Anuncios radiales/anuncios cantados (orientados a la población en general) <p>Las reuniones comunitarias o de la red de los PCV y PMAR con una función de rol/uso de autoeficacia de materiales de apoyo interactivos</p>
	Transexuales	
	Trabajadoras sexuales y sus clientes	
	PCV	
	Proveedores de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios de derechos humanos • Testimonios de las PCV y las PMAR así como proveedores exitosos para estas poblaciones • Capacitación (estigma y discriminación/ consecuencias para la salud, lenguaje que no sea discriminatorio) • Representación de roles (que está experimentando discriminación) • Materiales de apoyo de bolsillo sobre protocolos clínicos para las PMAR y las PCV • Redes sociales • <i>*tomar en cuenta de hacer los materiales de apoyo en el idioma de la comunidad</i>
	Líderes comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios de derechos humanos • Visitas a negocios y asociaciones • Artículos promocionales, como pocillos,
	ONG	
Redes multisectoriales		

	Sector privado (FUNDAZUCAR, ingenios, propietarios y administradores de tiendas/bares/cantinas)	calendarios, calculadoras, camisetas y gorras
	Autoridades nacionales del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios de derechos humanos • Capacitación (estigma y discriminación/ consecuencias para la salud, lenguaje que no sea discriminatorio) • Diálogo con las asociaciones de derechos humanos • Materiales de apoyo de la mesa de trabajo abordando el estigma • Talleres de sensibilización
	Jefes departamentales del Ministerio de Salud	
	Autoridades locales: Gobernadores y alcaldes en la cabecera departamental	