Guía para la Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias ICEC

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Planificación Familiar]

[Marzo 2014]

Palabras Clave:
[Estrategia; Guía; Implementación Conjunta; Comunitaria; Individuo; Familia; Comunidad; Planificación; Familiar; Rural; Región; Sanitaria; Servicios de Salud; Política; Plan de Parto; Diagnóstico Comunitario; Participación Comunitaria; Reducción; Mortalidad; Materna.]

Key Words:
Strategic framework, family planning, health services, Community Participation, community analysis

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org

Guía para la implementación conjunta de las estrategias comunitarias ICEC

Marzo 2014

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD HONDURAS

La elaboración de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

"Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo".

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

EQUIPO TECNICO RESPONSABLE.

Licda. Behula Carolina Aguilar (Enfermera, Programa de Atención Integral a la Mujer PAIM)

Dr. Enrique Erasmo López (Coordinador de la RISS Marcala, La Paz.

Lic. Sandra Guerrero (Supervisora Red Marcala, La Paz)

Lic. Edna Urquía (Supervisora RISS Marcala, La Paz)

Lic. Suyapa López (Supervisora RISS Marcala, La Paz)

ASESORIA TECNICA.

Dr. José Cipriano Ochoa (Coordinador Componente Materno Infantil y PF Proyecto ULAT/MSH

Lic. Leónidas L. Alemán (Especialista técnico Componente Materno Infantil y PF Proyecto ULAT/MSH

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCION. 7

II. ANTECEDENTES. 9

CAPITULO I. CONCEPTUALIZACION 10

1.1. SITUACIÓN DE SALUD MATERNO-NEONATAL EN HONDURAS. 10

1.2. OBJETIVO DE LA GUÍA. 12

1.3. FINALIDAD DE LA GUIA. 12

1.4. MARCO REFERENCIAL. 12

3.2 MARCO CONCEPTUAL DE LAS ESTRATEGIAS COMUNITARIAS. 11

1.4.1. TRABAJO CON INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES (TIFC). 11

1.4.2. HOGARES MATERNOS. 11

1.4.3. PF RURAL. 11

3.4. MARCO CONCEPTUAL DE LA ICEC (ICEC) 12

CAPITULO 2 PROCESO DE GENERO COMO EJE TRANSVERSAL EN LA ICEC. 13

CAPITULO 3. PROCESO METODOLOGICO PARA IMPLEMENTAR LA ICEC EN UNA RISS. 14

3.1 PRIMERA ETAPA 15

PASO 2. LEVANTAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO. 15

PASO 3. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO CONDUCTOR EN LA RISS 15

3.2 SEGUNDA ETAPA 16

3.2.1 PASO 1. CAPACITACIÓN AL EQUIPO CONDUCTOR SOBRE LA ICEC Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO. 16

3.2.2 PASO 2. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA. 17

3.2.3 PASO 4. DESARROLLO DEL PROCESO DE PF RURAL. 18

3.2.4. PASO 5. VÍNCULO DE LA ICEC CON OTRAS INTERVENCIONES DE RAMNI. 19

CAPITULO 4. SEGUIMIENTO 24

3.1. SUPERVISIÓN, MONITORIA Y EVALUACION 24

3.1.1. SUPERVISION: 24

3.1.2. MONITOREO: 25

LECTURAS RECOMENDADAS: 25

ENDESA 2011-2012, ...25

Estudio de la Razón de Mortalidad Materna, 2010. *Agosto de 2013* 25
Estrategia de TIFC.....25
Estrategia PF Rural 25
Normas Materno Neonatal, ...25
ANEXOS: 26

ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS y DEFINICIONES

DSIF	Departamento de Salud Integral a la Familia
Gobiernos Locales	Se refiere a las corporaciones municipales.
H.M	Estrategia de Hogares Maternos
ICEC	Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias
PF Rural.	Estrategia Nacional para Asegurar el Acceso a Servicios de Planificación Familiar en el Área Rural de Honduras
RAMNI.	Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez
RISS.	Red Integradas de Servicios de Salud
RSD	Región Sanitaria Departamental
SESAL	Secretaría de Salud de Honduras
TIFC	Estrategia de Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades

I. INTRODUCCION.

El artículo 163 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) suscrito por el Estado de Honduras, señala que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Así mismo, la Constitución de la República de Honduras 1982 en su Artículo 111 dice que: La familia, el matrimonio, la maternidad y la infancia están bajo la protección del Estado de Honduras y en el Artículo 123 expresa que "todo niño tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, para lo cual deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales desde el periodo prenatal, teniendo derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, educación, recreo, deportes y servicios médicos adecuados."

Estos mandatos constitucionales, son necesarios y son una responsabilidad del Estado de Honduras, la maternidad y la paternidad, pueden entenderse como el vínculo permanente de sangre o relación, entre el padre y la madre con sus hijos e hijas, con reconocimiento social, que entraña sentimientos, derechos y obligaciones, ejercidos con responsabilidad para el desarrollo integral de la familia.

En Honduras hay avances importantes en la atención de las mujeres durante la maternidad, la razón de mortalidad materna[1] ha descendido de 187 en *1990*, a 73 en *2010;* la cobertura de atención prenatal, ha aumentado a 97% en 2011-2012[2]; desde un 83% en 2001, la atención institucional del parto subió de 67 en 2006 hasta 83% en 2012; igualmente el número de mujeres que utilizan métodos de planificación familiar subió de 65% en 2005-2006 a 73% en 2011-2012.

La meta es que toda mujer sea atendida para asegurar su maternidad, y que no se muera ninguna de ellas , sin embargo, el análisis a fondo de estos indicadores permite identificar claras diferencias de acceso entre las mujeres que viven en zonas rurales y las que habitan en ciudades, es así, que del total muertes maternas, el 63%3 viven en comunidades rurales, lo que significa que de cada 3 (tres) mujeres que fallecen en Honduras por causas asociadas a la maternidad 2 (dos) son de zonas rurales de difícil acceso.

[1] Honduras, Actualización de la razón de mortalidad materna 2010, Secretaría de Salud, agosto de 2013.
[2] Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International. Tegucigalpa, Honduras: SS. 2013
[3] Ídem referencia 1

En respuesta a esta situación, la Secretaría de Salud, en el marco de la Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), ha desarrollado diferentes esfuerzos y actualmente ha tomado la decisión de iniciar un proceso de Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias (ICEC), como ser: trabajo con Individuo Familia y Comunidad (TIFC), Hogares Maternos (HM) y Planificación Familiar en el Area Rural (PF Rural), en la que, de forma proactiva participa la comunidad, y de manera especial se involucran a los hombres, contribuyendo así en la reducción de la mortalidad materna y de la niñez. Por lo que se hace necesario contar con un instrumento metodológico que oriente el proceso de ICEC en el país.

A continuación se presentan de forma organizada, los aspectos conceptuales y la metodología que, a manera de guía, resumen *"paso a paso",* las tareas que contribuirán a Ir desarrollar este proceso en las diferentes RISS del país. El documento se ha organizado en cuatro capítulos que orientan a los diferentes niveles y actores institucionales, para la conducción y adaptación del proceso, tomando como base cualquier avance en las estrategias de forma aislada, pero también en las condiciones locales y los avances en la organización y desarrollo comunitario respectivo.

II. ANTECEDENTES.

Las Estrategias "Trabajo con Individuos Familias y Comunidad" (TIFC), "Hogares Maternos" (HM) y la "Estrategia Nacional para Asegurar el Acceso a Servicios de Planificación Familiar en el Área Rural de Honduras" (PF Rural), forman parte de la Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Niñez (RAMNI), las primeras dos se han venido implementando en algunos departamentos del país, en forma individual, especialmente en comunidades postergadas.

Considerando la importancia de estas intervenciones para la reducción de la mortalidad materna y de la niñez, por decisión de las autoridades de la Secretaria de Salud (SESAL), a través del Departamento de Salud Integral a la Familia (DSIF) y con apoyo del proyecto ULAT/MSH, financiado por USAID, se desarrolló en la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) en el municipio de Marcala, departamento de La Paz, una experiencia demostrativa, con la Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias, Individuo Familia y Comunidad (IFC), Hogares Maternos y PF Rural, con el objetivo de medir su contribución en forma sinérgica en el impacto de la reducción de la mortalidad materna y de la niñez a nivel comunitario.

Un elemento importante en éste proceso, fue la incorporación de la perspectiva de género, que permitió identificar y analizar las diferentes situaciones que limitan el acceso de las mujeres y los hombres a los servicios materno infantil y salud reproductiva a nivel comunitario, lográndose además validar una metodología para desarrollar el tema de acompañamiento de los hombres durante el embarazo, parto y puerperio en las reuniones comunitarias en el marco de la estrategia TIFC.

Por otra parte la sinergia de este proceso trascendido las Estrategias comunitarias a otras intervenciones en el marco de la Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno y de la Niñez (RAMNI) al mismo tiempo que permitió el alineamiento de las instituciones del sector salud en forma completaría.

Los resultados inmediatos y positivos de esta Experiencia Demostrativa, en términos de organización y participación comunitaria, mejores coberturas en planificación familiar e incremento del parto institucional ha motivado a las autoridades de la SESAL, a institucionalizar este proceso y expandirlo en las diferentes Regiones Sanitarias del país iniciándose en los departamentos de Copan, Lempira, Atlántida,, Choluteca, Olancho, y el mismo departamento de La Paz.

CAPITULO I. CONCEPTUALIZACION

1.1. SITUACIÓN DE SALUD MATERNO-NEONATAL EN HONDURAS.

La razón de mortalidad materna (RMM) de acuerdo con el estudio "Actualización de la Razón de Mortalidad Materna, Año 2010" es de 73 por 100,000 nacidos vivos. Este valor comparado con la RMM de 1990 (182 x 100,000 n.v.) representa una disminución de un 60% y de un 31.5% para el dato obtenido en el año 1997 (108 x 100,000 n.v.), sin embargo estamos lejos de alcanzar los objetivos del milenio en los que la RMM debe ser de 46 por 100,000 n.v. en el año 2015.

En relación a la niñez, la ENDESA 2011-2012 muestra que la tendencia de la tasa de mortalidad en el grupo de 0-5 años, continúa siendo descendente, se estima que fue de 37 por 1,000 n.v. para el período de 1997-2002, de 30 para el 2002-2007 y de 29 para el de 2007-2012. La mortalidad infantil para los mismos períodos fue de 28, 23 y 24 respectivamente y la mortalidad neonatal, que sigue siendo actualmente la mayor contribuyente, presentó valores de 18, 15 y 18 respectivamente. Esto significa que el 64% de las muertes en los niños menores de un año en el período 1997-2002, el 65% en el 2002-2007 y el 75% en el 2007-2012, fueron durante el periodo neonatal y en el 2007-2012 tuvieron como causas principales la prematurez (22%), la asfixia/trauma al nacer (15%), las infecciones respiratorias agudas (14%), las malformaciones congénitas (13%) y las enfermedades diarreicas (11%).

Muchas mujeres, niñas y niños mueren en sus casas y tienen poco acceso a una atención de calidad en salud. En los pueblos originarios y afro hondureños, estas tasas se incrementan, ya que son quienes tienen las condiciones de vida más precarias, las tasas de fecundidad más altas, índices de desnutrición elevados y el menor porcentaje de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras.

La ENDESA también muestra que la tasa de embarazo en mujeres adolescentes es de 22% y el estudio "Honduras: Caracterización de la mortalidad en la Niñez 2009/2010" muestra que uno de cada cuatro niños que mueren en el período neonatal es hijo o hija de madre adolescente.

Otro hecho importante que tiene que ver con la ocurrencia de las muertes maternas e infantiles es la contribución de las tres demoras, en este sentido la ENDESA señala que en 2010-2011 el 13% de las mujeres tienen que pedir permiso a su pareja para acudir a buscar atención en los servicios de salud lo cual se relaciona con la primera demora; por otra parte la vigilancia sostenida de la mortalidad materna reporta que la primera demora, que es la relacionada a la toma de decisiones en el seno familiar, estuvo presente en el 27% de las muertes en 2011.

Para reducir la mortalidad materna es importante conocer cómo perciben y viven la maternidad las mujeres, su esposo o pareja y la sociedad hondureña. Los supuestos culturales alrededor del parto y del embarazo, aunados a la percepción sobre la "naturaleza" de la mujer y su papel de subordinación genérica se traducen en prácticas personales, comunitarias y sociales que aumentan los riesgos obstétricos y también obstaculizan la ejecución de las políticas de salud sexual y reproductiva. Así mismo, la no incorporación del hombre en el cuidado de su propia salud sexual y reproductiva, su rol como pareja y como papá se convierten en factor determinante que deben ser abordados para contribuir a reducir la mortalidad materna y en la niñez. [4]

En general, en la población hondureña prevalece el concepto de maternidad como un hecho biológico, natural, básico para la realización personal de las mujeres. El hecho biológico de la concepción, deriva en una obligación cultural para las mujeres de cuidar a sus hijos e hijas, en tanto que el hecho biológico de fecundar que poseen los hombres no conlleva a la misma obligación cultural y social. Como consecuencia de esto, los hombres no reciben sanción social cuando se desentienden de sus hijas y/o hijos.

A pesar de lo anterior, los hombres tienen control sobre la sexualidad y la capacidad reproductiva de la mujer pues son ellos quienes deciden cuándo, cómo y dónde tener relaciones sexuales, y si hay complicaciones en el momento del embarazo que ponen en riesgo la vida de la mujer, en última instancia el hombre, esposo o pareja, tiene el poder de decidir dónde, cuándo y cómo se prestará auxilio a esa mujer. El cuidado durante el embarazo se les prescribe a las mujeres, aunque en definitiva, los hombres deciden el momento en que ellas se beneficiarán de la atención del servicio de salud.

En el área rural, priva especialmente la concepción que el hombre es "dueño" de la mujer, y esto se traduce en una relación desigual entre los géneros que se expresa en los resultados de una muerte materna, la profunda ausencia de poder de la mujer. Esta falta de poder la inhabilita para dirigir y proteger su vida con relación a su sexualidad y

[4] Instituto Nacional de la Mujer. Torres Silvia, Sequeira Santiago. Investigación cualitativa sobre Mortalidad Materna en Honduras. Tegucigalpa, Abril 2003.

reproducción.[5] Estos elementos culturales, deben ser manejados en los abordajes estratégicos que se realicen, para que las acciones programadas tengan mayor impacto en la reducción de la mortalidad materna y de la niñez.

1.2. OBJETIVO DE LA GUÍA.

La presente guía metodológica está dirigida a proveedores de servicios de salud, (centralizados y descentralizados), con el objetivo de constituirse en la herramienta metodológica de uso cotidiano para la identificación de los criterios, la organización y desarrollo de las tareas (paso a paso) en la implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias (TIFC, HM y PF Rural), con la incorporación de género, en una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

1.3. FINALIDAD DE LA GUIA.

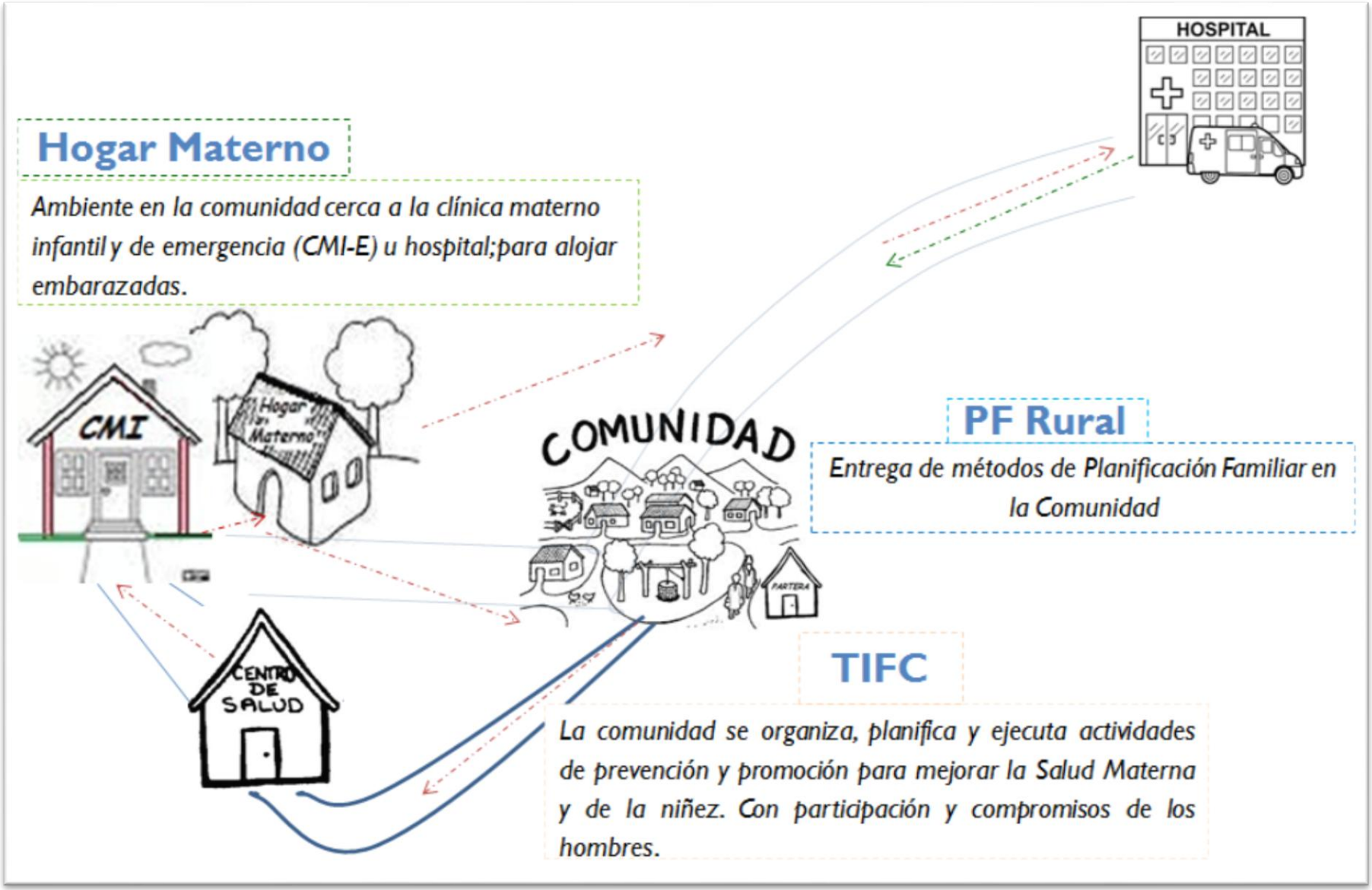
La finalidad es dotar a la Secretaria de Salud, como ENTE RECTOR, de un instrumento metodológico para orientar, alinear, armonizar e implementar los esfuerzos estratégicos, técnicos y financieros de las diferentes instituciones que colaboran con la ejecución de estrategias comunitarias en salud (TIFC, H.M y PF Rural), y aquellas vinculadas a otras estrategias de desarrollo social (incorporadas en RAMNI); en un esfuerzo sinérgico que contribuyan a la reducción de las complicaciones y muertes de la niñez y de mujeres durante el periodo de maternidad, en Honduras y la incorporación del hombre en su rol de esposo o pareja.

1.4. MARCO REFERENCIAL.

La Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y en la Niñez (RAMNI), está inmersa en el Plan de Salud 2010 – 2014, su propósito principal es el de aglutinar, alinear y armonizar todos los esfuerzos estratégicos, técnicos, científicos y financieros que en el país se desarrollen para lograr disminuir las tasas de mortalidad materna y de la niñez, con lo que se pretende contribuir al logro de los objetivos de desarrollo del milenio, así como al cumplimiento de los indicadores establecidos en el Plan de Salud 2010-2014, en sus lineamientos estratégicos 1 y 5: “Desarrollo Sostenible de la Población y “Salud como Fundamento para Mejorar las Condiciones de Vida” respectivamente.

[5] Instituto Nacional de la Mujer. Torres Silvia, Sequeira Santiago. Investigación cualitativa sobre Mortalidad Materna en Honduras. Tegucigalpa, Abril 2003.

Las intervenciones: Trabajo con Individuos Familias y comunidades (TIFC), Hogares Maternos (HM) y Planificación Familiar en el área Rural (PF Rural) son complementarias en la búsqueda de la reducción de la mortalidad Materno Infantil, como se demuestra en el siguiente gráfico:


HOSPITAL
Hogar Materno
Ambiente en la comunidad cerca a la clínica materno infantil y de emergencia (CMI-E) u hospital; para alojar embarazadas.
CMI
Hogar Materno
COMUNIDAD
PARTERA
PF Rural
Entrega de métodos de Planificación Familiar en la Comunidad
CENTRO DE SALUD
TIFC
La comunidad se organiza, planifica y ejecuta actividades de prevención y promoción para mejorar la Salud Materna y de la niñez. Con participación y compromisos de los hombres.

3.1 MARCO CONCEPTUAL DE LAS ESTRATEGIAS COMUNITARIAS.

1.4.1. TRABAJO CON INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES (TIFC).

Esta estrategia parte del reconocimiento constitucional del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población; consiste en desarrollar un proceso sistemático de organización, planificación y ejecución de actividades a nivel individual, familiar y comunitario, con un fuerte contenido de autogestión; incentivando la participación activa en el desarrollo de la estrategia, enfocada a acciones de prevención y promoción en salud materna y de la niñez.

La estrategia es conducida y facilitada por la Secretaría de Salud o un gestor descentralizado de servicios de salud, con apoyo de las instituciones del sector salud incluyendo los gobiernos locales, se desarrolla a nivel comunitario especialmente en comunidades postergadas, planificando y desarrollando acciones conducidas por los miembros del Comité de salud con la participación de representantes de los diferentes grupos organizados en la comunidad.

1.4.2. HOGARES MATERNOS.

Los Hogares Maternos son espacios habilitados en la comunidad cercanos a una clínica materno infantil y de emergencia (CMI-E) u hospital destinados al alojamiento de embarazadas con o sin factores de riesgo pero sin complicaciones en los días previos al parto a fin de favorecer el acercamiento de las mujeres embarazadas para que su parto sea atendido en las mejores condiciones para ella y su recién nacido, garantizando una atención calificada. La gestión de estos hogares es realizada por un comité de apoyo integrado con representación de diferentes organizaciones de sociedad civil.

1.4.3. PF RURAL.

La Estrategia Nacional para Asegurar el Acceso a Servicios de Planificación Familiar en el Área Rural de Honduras (PF Rural). Consiste en mejorar la oferta de servicios y la distribución de métodos a través de “MONITORAS/ES DE PLANIFICACION FAMILIAR” quienes serán responsables de la entrega a nivel comunitario de métodos temporales según normas y de la captación de usuarias de DIU y AQV para que estos métodos sean provistos por unidades de salud preparadas para tal fin. Especial énfasis se hace en la oferta de los preservativos y la vasectomía como métodos anticonceptivos para los hombres, con el fin de profundizar en la responsabilidad por su propia salud sexual y reproductiva, que por muchos años se ha invisibilizado, recayendo fundamentalmente en las mujeres, la responsabilidad de la planificación familiar.

Estas tres estrategias hacen sinergia, para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y de la niñez, ampliando su accionar para identificar las barreras de género y las inequidades que éstas generan.

3.4. MARCO CONCEPTUAL DE LA ICEC (ICEC)

La ICEC consiste en implementar en forma simultánea y complementaria las estrategias de trabajo con la comunidad, (TIFC, H.M y PF Rural) en el marco de la reforma, vinculadas a otras intervenciones de RAMNI con la finalidad de contribuir en forma sinérgica en el impacto de la reducción de la mortalidad materna e infantil a nivel comunitario, incorporando elementos de género.

El planteamiento estratégico de cada una de las intervenciones está basado en la participación activa de la población, como eje transversal para el logro de la sostenibilidad de las acciones.

----------***GÉNERO*** ----------

CAPITULO 2 PROCESO DE GENERO COMO EJE TRANSVERSAL EN LA ICEC.

Transversalizar significa incorporar en toda la guía, manuales e instrumentos, los elementos de género que deben ser considerados, de acuerdo al enfoque definido en el Modelo Nacional de Salud. Cada uno de los pasos descritos en la presente guía, incorpora aspectos críticos, para lograr un correcto abordaje de género, que no refuerce los roles tradicionales de hombres y mujeres y que esté orientado a disminuir o eliminar las inequidades en la salud materno infantil y la planificación familiar.

En ese sentido, además del énfasis que se ha hecho en cada paso descrito en la presente guía, en éste apartado se enfatiza el abordaje para la incorporación del hombre en el acompañamiento de su esposa/pareja durante el embarazo, el parto, el puerperio y su rol como papá/pareja.

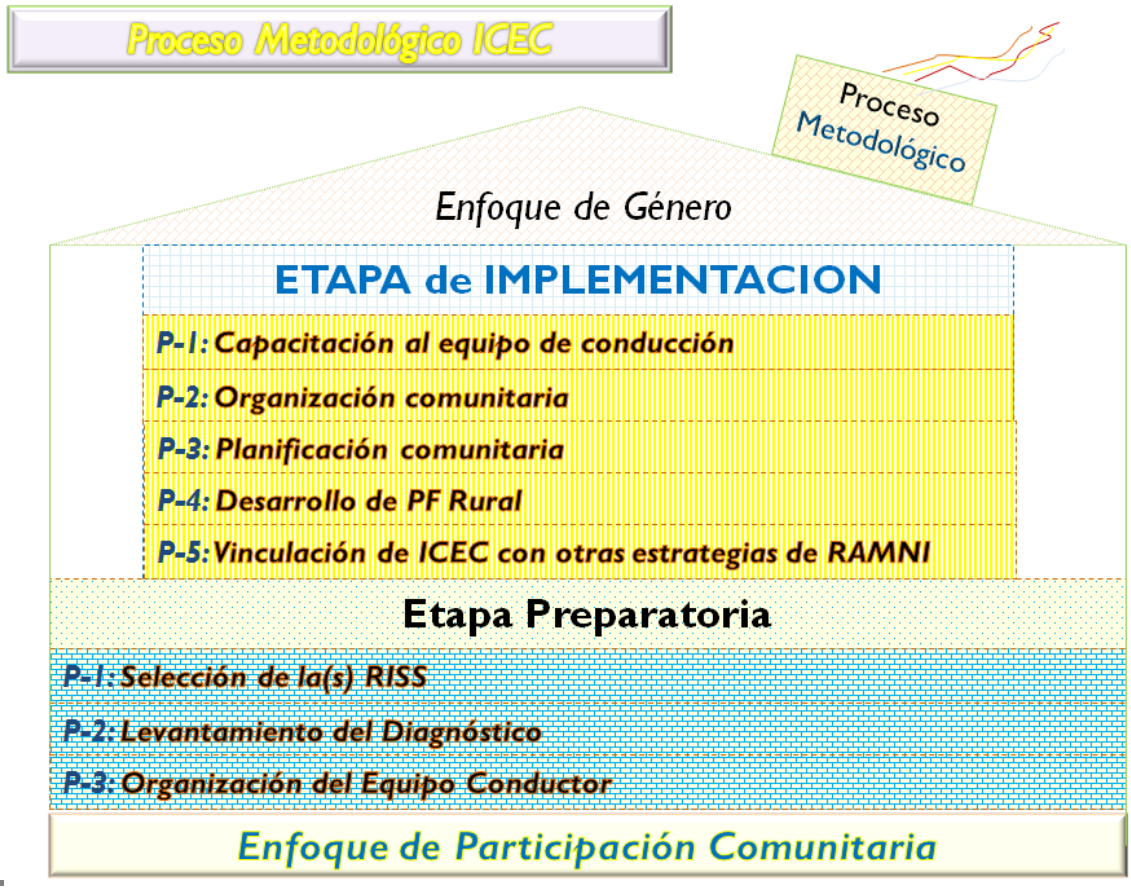
En el proceso que se desarrolla, ésta es una etapa crucial que contribuirá a la disminución de la mortalidad materna y de la niñez, fomentando el rol del padre/pareja durante el embarazo, parto y puerperio, así como las relaciones familiares.

El proceso formativo al equipo conductor integrado por los funcionarios de la RISS y de la RSD respectiva, se desarrolla en un taller de tres días, dos de ellos con un contenido teórico y el tercer día una práctica supervisada en la comunidad, para aplicar parte de lo aprendido. Este taller se desarrollara después del primer taller sobre la implementación de la ICEC tal como se describe en el documento de TIFC. Este tema se continúa fortaleciendo en cada una de las jornadas formativas que continúen en la ICEC, para ir fortaleciendo el tema y clarificando dudas.

CAPITULO 3. PROCESO METODOLOGICO PARA IMPLEMENTAR LA ICEC EN UNA RISS.

El proceso metodológico se desarrolla mediante la modalidad "Aprender haciendo" con el fin de que se desarrollen las capacidades de los equipos técnicos regionales y de las RISS en sus diferentes niveles, así como las habilidades y conocimientos de líderes y lideresas a nivel de la comunidad. El acompañamiento técnico del nivel departamental, el compromiso de las autoridades de la RISS en implementar el proceso para reducir la mortalidad materna y de la niñez, el interés de las comunidades en participar en el auto cuidado de su salud y el apoyo de las instituciones del sector salud incluido los Gobiernos Locales, constituyen elementos fundamentales en este proceso. Al iniciar cada jornada de capacitación se aplica un pre test y al finalizar un pos test con la finalidad de evaluar el nivel de aprendizaje de los participantes, este pre y post test debe incluir preguntas sencillas sobre cada uno de los principales temas de la estrategia incluyendo género y nutrición infantil.

En el siguiente gráfico se presenta un esquema que resume el proceso metodológico:



A continuación se describen las dos etapas del proceso y los diferentes pasos en cada una de ellas.

3.1 PRIMERA ETAPA

Es la etapa preparatoria durante la cual se desarrollan todas las actividades necesarias para iniciar el proceso en cada RIIS seleccionada. Consta de diferentes pasos los que se describen a continuación:

PASO 1. SELECCIÓN DE LAS RISS.

Para la selección de la RISS, las Regiones Sanitarias Departamentales, tomaran en consideración criterios tales como: tasa de mortalidad neonatal, tasa anual de mortalidad infantil, desnutrición en menores de cinco años, razón de mortalidad materna, tasa global de fecundidad, Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivo, porcentaje de parto comunitario y nivel de pobreza prioriza la/as RISS para el desarrollo de la ICEC.

PASO 2. LEVANTAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO.

El nivel departamental en la primera vista a la RISS, socialice el proceso de la ICEC llegue a acuerdos entre ambos niveles, además haga un diagnóstico rápido para conocer el estado actual de las tres Estrategias Comunitarias que forman parte de este proceso, y obtenga datos estadísticos relacionados a la mortalidad materna y de la niñez, así como la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar y las barreras que limitan el acceso de mujeres y hombres a la PF y al parto institucional; esta información le servirá para comparar resultados durante el proceso de monitoria y evaluación. Se sugiere utilizar el formato de diagnóstico adjunto a este documento.

PASO 3. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO CONDUCTOR EN LA RISS

En la primera vista (paso 02) que hace el nivel departamental a la RISS, solicite que seleccionen al personal técnico responsable de conducir el proceso, el que se denominara "equipo conductor" sugiera que esté integrado por la coordinación de la RISS, coordinación de TSA o promotores de salud y los/as responsables de hacer la supervisión y otros que ellos decidan, este equipo será autorizado por la dirección departamental para que implemente el proceso en cada una de las redes de servicios que, en forma prioritaria, seleccione.

3.2 SEGUNDA ETAPA

Es la etapa de implementación durante la cual se capacitan los equipos institucionales y las personas de la comunidad para desarrollar las diferentes estrategias comunitarias y sus vínculos con las institucionales.

3.2.1 PASO 1. CAPACITACIÓN AL EQUIPO CONDUCTOR SOBRE LA ICEC Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO.

Esta primera jornada de capacitación tiene como objetivos a.- capacitar al equipo conductor a nivel de la RISS, como facilitadores de la ICEC y b.- elaborar el plan de trabajo como instrumento para ordenar el proceso y para gestionar recursos ante las diferentes instituciones del Sector Salud.

Además de los contenidos para la implementación de las tres estrategias en forma complementaria, asegúrese que la agenda contemple contenidos relacionados al tema sexo género, su relación con la salud reproductiva, los aspectos cualitativos, más la detección y análisis de barreras que limitan el acceso de hombres y mujeres al autocuidado de su salud sexual y reproductiva, a la atención del parto institucional y a la planificación familiar.

Desarrolle una asamblea comunitaria para que el equipo de la RISS que se está capacitando como facilitador haga una práctica del levantamiento del diagnóstico comunitario en forma participativa y que ellos socialicen en esta misma asamblea, los lineamientos de selección las candidatas/os a monitoras/es de PF en el Área Rural. Además en este mismo taller pida a la RISS que priorice las US que participaran en este proceso tomando en cuenta los criterios definidos en la Estrategia TIFC, el tiempo efectivo de trabajo de este taller de capacitación es de cuatro días, apóyese con la agenda " Capacitación sobre la implementación de la ICEC" que se adjunta a esta guía.

Para el desarrollo de los temas de la agenda auxíliese del contenido de los documentos de las Estrategias (TIFC, HM y PF Rural), mediante lecturas dirigidas; por lo que es necesario contar con copias para cada uno de los participantes.

Un producto de esta capacitación es el plan de trabajo que debe contener actividades relacionadas a la implementación de las tres Estrategias en forma sinérgica y complementaria, para lo que se utiliza la matriz de planificación adjunta a esta guía.

Posteriormente el equipo conductor debe realizar la réplica del taller dirigida al personal de la Unidades de Salud priorizadas en el taller anterior, asegúrese de contar con la participación del personal asistencial y de promoción. En este taller solicite a cada cada US que priorice las comunidades a intervenir en base a los criterios de selección establecidos en la Estrategia TIFC.

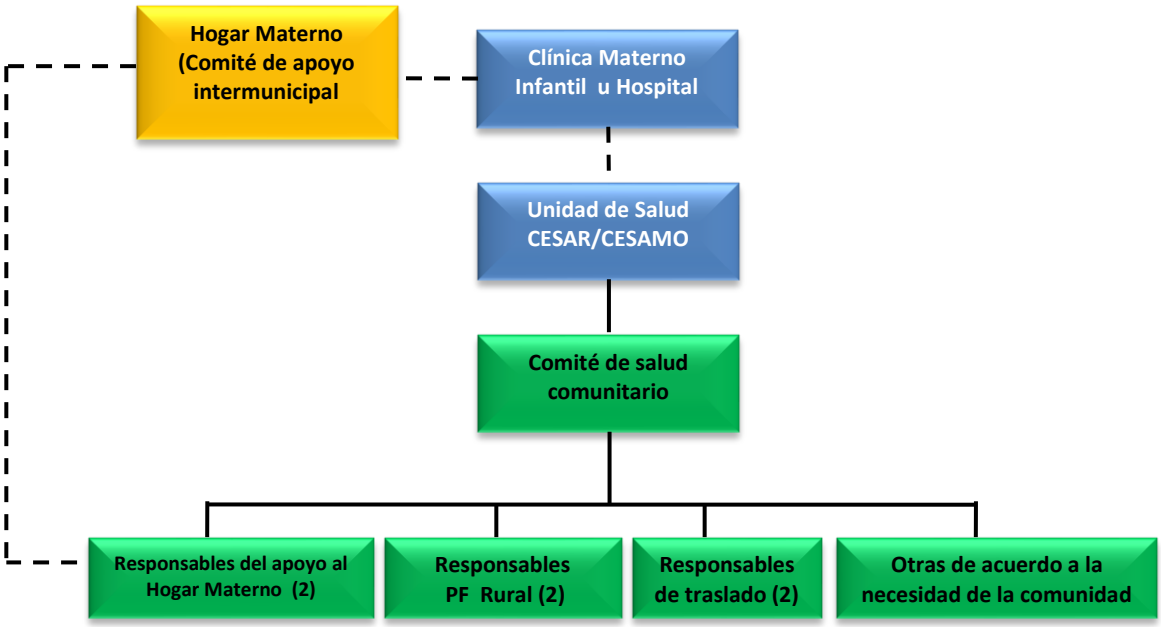
Tome en cuenta que la metodología utilizada en este taller aunque sea la misma agenda del taller anterior es diferente ya que acá no se están formando facilitadores, sino al personal que va desarrollar las acciones a nivel de las comunidades priorizadas.

3.2.2 PASO 2. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA.

La tarea de organización de las comunidad recae en el personal de las US, para lo cual desarrolle una asamblea comunitaria, e inicie haciendo un diagnóstico rápido participativo sobre la problemática comunitaria en el marco de los temas de la Estrategia TIFC, ya que la organización debe ser congruente con los temas que la comunidad misma priorice con énfasis en la salud materna infantil y la identificación de barreras de género para mujeres y hombres. Pida a la comunidad que elija responsables por cada uno de los temas priorizados ejemplo monitoras/es de PF Rural, responsables del comité de traslado, responsables de apoyo al Hogar Materno, monitoras/es de AIN-C entre otros de los cuales se elige una junta directiva del comité de salud.

Para que la comunidad haga una buena selección de candidatos a monitoras/es de PF Rural, en esta asamblea socialice los criterios de selección establecidos en la estrategia de PF Rural, enfatizando la participación de hombres, no solo de mujeres y debe explicarse el porqué, la importancia de su participación.

El equipo conductor a nivel de la RISS al mismo tiempo que las US están organizando las comunidades; desarrolle el proceso de organización del Comité de Apoyo al Hogar Materno, realizando una asamblea con representación de las fuerzas vivas del municipio y los miembros responsables de este tema dentro de los comités de salud que fueron organizados en las comunidades priorizadas por cada Unidad de Salud, de tal forma que la organización sea en red de acuerdo al siguiente estructura.



Si en la RISS no existe una Clínica Materno Infantil y de Emergencias, este proceso se debe coordinar con el Hospital de referencia.

PASO 3. PLANIFICACIÓN COMUNITARIA.

Además del plan de trabajo a nivel de la RISS, cada comunidad con apoyo de las US debe hacer un plan de trabajo tomando en cuenta los resultados del diagnóstico participativo, simultáneamente el equipo conductor ayuda técnicamente al comité de apoyo al Hogar Materno en la elaboración del plan de trabajo; en ambos casos los planes deben contener, actividades para abordar las barreras de género detectadas en las comunidades y a nivel institucional.

3.2.3 PASO 4. DESARROLLO DEL PROCESO DE PF RURAL.

El proceso de PF Rural se desarrolla simultáneamente con la organización y planificación comunitaria, se inicia con la capacitación al equipo conductor de la RISS como facilitadores de la Estrategia PF Rural. Para el desarrollo de este taller utilice el "Manual del personal facilitador para la capacitación y Seguimiento de los monitores y monitoras de Planificación Familiar" y desarrolle la agenda que contiene este mismo manual, asegurándose de contar con las copias para cada uno de los participantes, materiales, insumos y presentaciones necesarias.

Posteriormente a esta capacitación el equipo conductor que han sido capacitados como facilitadores capacita al personal de las US que participan en el proceso mediante la modalidad de "Aprender Haciendo" para lo cual organice los grupos que sean necesarios

de monitoras/es de PF Rural que fueron propuestos por las comunidades al momento de la organización comunitaria, para recibir la capacitación; se recomienda que los grupos no sean mayores de veinte, el personal de cada US debe participar en el taller en el que se estén capacitando monitoras/es de las comunidades de su área geográfica de influencia. Al igual que en el taller anterior, los facilitadores del taller deben asegurase de contar con los manuales para la monitora y el monitor comunitario de Planificación Familiar en el Área Rural y entregarles copias a cada una de ellas/os.

Tomando en cuenta los resultados del pos test, decida quienes aprueban la capacitación y convóqueles a un evento posterior para su graduación donde se les acredita con un diploma y se les hace entrega de la papelería y los métodos temporales, si hay monitoras/es que tienen debilidad para aplicación del método inyectable cada US debe fortalecerles invitándoles a practicar en las instalaciones de la Unidad de Salud.

3.2.4. PASO 5. VÍNCULO DE LA ICEC CON OTRAS INTERVENCIONES DE RAMNI.

En la medida que se va desarrollando el proceso con la comunidad, se va generando una mayor demanda en cuanto acceso y calidad en la entrega de los servicios, por lo que es necesario analizar con los diferentes niveles de la RISS, las autoridades de la RSD, CMI-E y hospital de referencia, las acciones necesarias para brindar servicios de calidad durante el periodo preconcepcional, atención del embarazo, atención del parto, atención del puerperio y atención del recién nacido, en base a las normas por nivel de complejidad. La incorporación de género, también demanda algunas medidas necesarias en estas instancias, por lo que en función de la calidad, deben ser abordadas.

Para lo anterior realice una reunión con los diferentes niveles de atención al interior de la RISS mas el Hospital de referencia para hacer un análisis del acceso y la calidad de los servicios que brindada cada uno de los niveles de atención. Se busca que las discusiones que se generen en este sentido permitan lograr acuerdos con base científica sobre qué debe hacer cada uno de los servicios de salud existentes en la RISS y su relacionamiento con los otros niveles fuera de la misma; dichos acuerdos recójalos en un documento, que se constituya en adelante en el marco de acción de los servicios de salud, lo que requerirá desarrollar acciones en el marco de otras estrategias de RAMNI, ejemplo fortalecer nos conocimientos sobre CONE ambulatorio, básico y completo.

Para dirigir la discusión el equipo conductor o el nivel que asuma la conducción técnica de este ejercicio puede utilizar el siguiente ejemplo.

ASPECTOS GENERALES	RESPONSABLE		
	RED	CESAMOS	CMI
1. Educación en SSR/Colegios		x	
2. Impulsar el proceso de la ICEC	x		
3. Impulsar el proceso de 4. Incorporación/transversalización de género en todo el proceso Materno infantil.	X	X	X
5. Información Educación Comunicación y género.	X	X	X
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	RESPONSABLE		
	RED	CESAMOS	CMI
1. Garantizar el uso de los LISMEF	X	X	
2. Brindar atención de P F: 3. Estrategia Metodológica de P F 4. Normas MN		X	X (POST PARTO)
5. Atención clínica a hombres y mujeres de todas las edades para identificar y tratar problemas de salud: 6. Factores de riesgo reproductivo 7. Enfermedades crónicas 8. Otros		X	
9. Exámenes de laboratorio: Hemograma General de orina y heces Glicemia VIH		X	
10. Brindar Micronutrientes: Ácido Fólico		X	
11. Aplicación de las vacunas (norma)		X	

ATENCIÓN DEL EMBARAZO	RESPONSABLE		
	RED	CESAMO	CMI
1. Análisis de género en el embarazo. Barreras. 2. Garantizar uso del LISEM	X	X	
3. Captación < 12 SG		X	
4. Elaboración del Plan de Parto	X *(Experiencia Demostrativa)*	X	
5. Asegurar por lo menos 5 Atenciones (Norma)		X	
6. Incorporación del hombre. (modificar normas)			
7. Asegurar exámenes de laboratorio antes y después de las 20 SG		X	
8. Anamnesis y examen físico		X	
9. Asegurar el análisis de la tendencia de crecimiento uterino y ganancia de peso materno		X	
10. Brindar micronutrientes: Sulfato ferroso y Ácido Fólico		X	
11. Asegurar el uso del SIP (HCPB y Carné perinatal)		X	
12. Aplicación de las vacunas (norma)		X	
13. identificar signos de peligro, RIESGOS Y POSIBLES Complicaciones. Participación del hombre/pareja/esposo.		X	
14. Consejería para identificar signos de peligro y practica PF post parto. Participación del hombre/pareja/esposo.		X	
15. Diagnóstico y manejo de complicaciones menores		X	
16. Referencia oportuna con manejo inicial de complicaciones que amerite referencia. Participación del hombre/pareja/esposo.		X	
17. Evaluar a las mujeres embarazadas que hacen uso del Hogar Materno.			x

ATENCIÓN PARTO	RESPONSABLE		
	RED	CESAMO	CMI
1. Evaluar la embarazada en admisión (normas)			X
2. Ingresar la parturienta (normas)			X
3. Atender el período dilatante (segundo periodo del parto)			X
4. Utilizar adecuadamente el partograma			X
5. Vigilar adecuadamente el bienestar materno y fetal durante el parto (norma) a. Signos vitales b. Frecuencia cardíaca fetal			X
6. Analizar la evolución del trabajo del parto (norma) a. Dilatación b. Borramiento c. Descenso variedad de posición d. Estado de las membranas			X
7. Atender el periodo expulsivo(normas)			X
8. Practicar manejo activo del tercer periodo del parto			X
9. Permitir que el hombre pueda cortar el cordon umbilical y como puede apoyar a su pareja.			
10. Practicar y reparar episiotomía (normas)			X
11. Reparar desgarros del piso pélvico (normas)			X
12. Atender post parto inmediato (normas)			X
13. Atención inmediata del RN (NORMAS)			X
14. ABR (manejo de reanimación NN)			X
15. Detección oportuna de complicaciones obstétricas y neonatales (normas)			X
16. Manejo inicial de complicaciones a. Hemorragia post parto hasta aplicación de balón hidrostático b. Hipertensión Gestacional hasta dosis inicial de sulfato de Magnesio c. Sepsis materna con dosis inicial			X
17. Referencia oportuna y efectiva			X
18. Anticoncepción post parto			X

ATENCIÓN PUERPERIO	RESPONSABLE		
	RED	CESAMO	CMI
1.- Evaluación pre alta			
Acompañamiento del hombre a su pareja/esposa en el puerperio.			
2.- Anticoncepción post parto		X	
3.- Lactancia materna		X *(Control)*	X *(AC y AP)*
4.- Detección oportuna de Complicaciones y referencia oportuna y efectiva			X
5.- Atención puerperal (control 3 a 7 días)		X	
ATENCIÓN RECIEN NACIDO			
Informar al hombre sobre este período y los cuidados con su hijo o hija y los requerimientos de su pareja/esposa.			
1- Examen físico del recién nacido		X	X
2.- Signos de peligro		X	X
3.- Atención post parto (durante el puerperio materno)		X	
4.- Vacunas de acuerdo a normas		X	X
5.- Detección oportuna de complicaciones		X	
6.- Manejo inicial y referencia oportuna y efectiva.		X	

CAPITULO 4. SEGUIMIENTO

3.1. SUPERVISIÓN, MONITORIA Y EVALUACION

3.1.1. SUPERVISION:

Con base en los pasos metodológicos de esta guía, el nivel central de la Secretaria de Salud, a través del Departamento de Salud Integral a la Familia (DSIF) deberá elaborar guías de supervisión, para apoyar tanto a las departamentales, como a las Redes Integrales de Servicios. Estas guías deben facilitar el seguimiento de la observancia adecuada de aspectos importantes para lograr el éxito, eficacia y eficiencia en la implementación de la ICEC en cada uno de los niveles, al momento de elaborar las guías asegúrese de incluir aspectos relacionados a género.

Los niveles responsables de la supervisión del proceso de la ICEC son las Regiones departamentales y las Redes quienes en su respectivo nivel deben supervisar los siguientes aspectos.

NIVEL RESPONSABLE DE SUPERVIZAR	NIVEL AL QUE SUPERVISA	QUE ASPECTOS SUPERVISA
Regiones Sanitarias Departamental	Red de Servicios Integrales de Salud (RISS)	Funcionamiento del sistema automatizado
		Seguimiento al proceso de la ICEC
		Insumos y logística
		Capacidad técnica de sus RR.HH para implementar y dar seguimiento al proceso a nivel de la RISS
Red de Servicios Integrales de Salud (RISS)	Nivel Local (CMI-E, CESAMOS Y CESARES)	Calidad de la información
		Seguimiento al trabajo comunitario
		Insumos y logística
		Capacidad técnica de sus RR.HH para implementar y dar seguimiento al proceso a nivel comunitario

La supervisión por parte de las RSD realícelas en forma trimestral y por parte de la RISS en forma mensual.

3.1.2. MONITOREO:

Tomando en cuenta los insumos de monitoreo definidos en cada una de las estrategias comunitarias (informes). El nivel central de las Secretaria de Salud, a través del DSIF debe apoyar con la elaboración de un un tablero de mandos con indicadores trazadores, incluyendo los relacionados a género, el cual será digitalizado e impulsado con la implementación de una herramienta importante para el proceso de monitoria, como ser el ***Sistema Automatizado de Actividades Comunitarias***, que debe instalarse en las RISS que impulsen esta iniciativa, y que registrará de forma electrónica un conjunto de indicadores útiles para el seguimiento y la toma de decisiones en cada nivel de gerencia involucrado en este proceso.

Los informes del trabajo voluntario que realizan las monitoras/es de PF, cada Unidad de Salud envíelos a la RISS en forma consolidada, de igual forma hágalo con los informes mensuales de los comités de salud. La RISS solicite al comité de apoyo al Hogar Naterno de la CMI- E u Hospital que envié el informe mensual en el formato establecido en los lineamientos.

Asegúrese que los indicadores que se definan, pueden ser medidos con la información que brinda el Sistema Automatizado de Actividades Comunitarias.

3.1.3. EVALUACION:

Sesiones de evaluación deberán desarrollarse cada año, en todos los niveles, desde las RISS, las regiones sanitarias y el nivel nacional, con la finalidad de identificar los avances, los resultados y el impacto esperado. Así como resaltar las lecciones aprendidas para realizar intercambios con las demás RISS. La ICEC debe ser un tema o punto de agenda de las auditorías sociales a las que sean sometidas tanto las RISS, centralizadas o descentralizados.

LECTURAS RECOMENDADAS:

ENDESA 2011-2012,

Estudio de la Razón de Mortalidad Materna, 2010. *Agosto de 2013*

Estrategia de TIFC

Estrategia PF Rural

Normas Materno Neonatal,

ANEXOS:

1) Documentos de las Estrategias TIFC, HM y PFR
2)