



La contribución de UNICEF al bienestar de los niños y niñas en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas y buenas prácticas en supervivencia y desarrollo infantil

únete por
la niñez

unicef 

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**La contribución de UNICEF al bienestar de los niños y niñas en América Latina y el Caribe:
Lecciones aprendidas y buenas prácticas en supervivencia y desarrollo infantil**

Febrero de 2015
Ciudad de Panamá, Panamá

Preparado y editado por: Miguel González,
en nombre de UNICEF LACRO

Autores: las personas de contacto mencionadas en cada una de las experiencias incluidas en este compendio.

Foto de portada: © UNICEF Argentina/P. Haar

Diseño y diagramación: Tinto Estudio, S.A.

UNICEF
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Calle Alberto Tejada, edificio 102
Ciudad del Saber
Panamá, República de Panamá
Apartado postal: 0843-03045
Tel: +507 301-7400
www.unicef.org/lac

Las opiniones y datos incluidos en la presente obra representan los puntos de vista de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Se permite la reproducción del contenido de este documento solamente para fines de investigación, abogacía y educación; siempre y cuando, no sean alterados y se asignen los créditos correspondientes (UNICEF). Esta publicación no puede ser reproducida para otros fines sin previa autorización por escrito de UNICEF. Las solicitudes de permiso deben ser dirigidas a la Unidad de Comunicación, comlac@unicef.org.

La contribución de UNICEF al bienestar de los niños y niñas en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas y buenas prácticas en supervivencia y desarrollo infantil

únete por
la niñez

unicef 

Índice

INTRODUCCIÓN	7
ARGENTINA	9
• Residencias para madres (RM)	9
• Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF)	13
BOLIVIA	20
• Planificación por niveles de gestión de acciones de prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en Bolivia	20
• Nutrición en emergencias (preparación y respuesta).....	24
• Mesa sectorial de ASeH en emergencias.....	28
• Herramientas de planificación con enfoque de equidad y apoyo a la planificación de la Gobernación del Departamento de Potosí.....	32
CHILE	38
• Paternidad activa para padres y/o cuidadores hombres en el marco de la atención en el sistema público de salud	38
COLOMBIA	44
• Modelo de cuidado integral intercultural de la primera infancia indígena Wayuu – La Guajira	44
• Fortalecimiento de capacidades locales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la primera infancia en seis departamentos y catorce municipios colombianos.....	50
CUBA	57
• Bancos de leche humana en Cuba.....	57
ECUADOR	61
• Cooperación horizontal y rol de UNICEF frente a los nuevos desafíos: Conferencia Internacional sobre Etiquetado y Políticas Fiscales en Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (Quito, 28 y 29 de agosto 2014)	61
EL SALVADOR	65
• Estrategia de bancos de leche humana (BLH) para contribuir a la reducción de la morbimortalidad neonatal e implementación de la Estrategia Global de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño.....	65

GUATEMALA	71
• Iniciativa de comadronas promotoras de la lactancia materna	71
• Sistema de monitoreo para una gerencia por resultados con enfoque de equidad (MoRES) para reducir la desnutrición crónica	76
• Estrategia comunitaria de comunicación para el cambio social (C4D) contra la desnutrición	82
GUYANA	88
• Formación de consenso sobre el desarrollo del niño en la primera infancia en el sector de la salud de Guyana	88
NICARAGUA	93
• Una experiencia conjunta de UNICEF, Better Work y SoyNica, para elevar la lactancia materna en las empresas de zonas francas en Nicaragua.....	93
• Toy Contigo: mensajes de texto (SMS) para apoyar el asesoramiento en nutrición y lactancia en Bluefields, Región Autónoma Caribe Sur, Nicaragua.....	98
PARAGUAY	103
• 20 compromisos para mejorar la cantidad y calidad de la inversión en la niñez y la adolescencia.....	103
• “Cero muertes evitables”: Movilización Nacional para reducir la mortalidad materna y neonatal en el Paraguay (MMN)	109
PERÚ	117
• De la evidencia a la política nacional: reducción de la desnutrición crónica en el Perú	117
REPÚBLICA DOMINICANA	126
• Iniciativa ampliada de “Hospital Amigo de la Niñez y las Madres” (IHAN ampliada).....	126
SURINAM	131
• Promoción de la lactancia materna exclusiva durante seis meses mediante una estrategia de comunicación sobre alimentación y cuidados básicos del lactante y del niño pequeño.	131
URUGUAY	136
• Prioridad a la primera infancia: el enfoque de cercanías como componente innovador de un programa	136

Introducción

UNICEF América Latina y el Caribe tiene una enorme experiencia de programación en salud, nutrición, desarrollo infantil, VIH/SIDA y agua, saneamiento e higiene. Esto nos enorgullece e inspira para intensificar nuestro trabajo en la región a fin de promover los derechos de los niños.

Con el objetivo de fomentar la generación e intercambio de conocimientos, como fuente de inspiración e ideas innovadoras para la programación y poner de relieve el talento y la labor que han llevado adelante las oficinas de país, hemos recabado, editado, revisado y organizado este compendio regional de 24 lecciones aprendidas y buenas prácticas de 15 oficinas de país en diferentes tópicos de salud, nutrición, VIH/SIDA, desarrollo infantil temprano y agua, saneamiento e higiene.

La preparación de este compendio incluyó la utilización de la plantilla de UNICEF para recabar las lecciones aprendidas y buenas prácticas, se realizó la edición del texto, la gestión de las fuentes de referencia y la revisión de toda la información para asegurar que los datos estuvieran completos, fueran coherentes y cumplieran con los criterios fijados para lecciones aprendidas y buenas prácticas.

El compendio abarca diversas áreas de intervención, a saber, la abogacía, la preparación y coordinación ante emergencias, el seguimiento y la evaluación, las asociaciones público-privadas, la cooperación sur-sur y horizontal, el mejoramiento de la calidad de la atención, la planificación, la perspectiva de género en la primera infancia, el empoderamiento de las comunidades indígenas, el desarrollo de capacidades locales y la comunicación para el desarrollo.

En las siguientes páginas se presentan las correspondientes experiencias, por país en orden alfabético. También se puede obtener más información sobre estas iniciativas a través de los enlaces que se proporcionan en cada experiencia o escribiendo a los respectivos autores a las direcciones de correo electrónico suministradas.

Espero que la información sea de su interés. Quiero agradecer a todas las oficinas de país que contribuyeron con sus experiencias a la salud de los niños de la región.

Luisa Brumana
Asesora Regional de Salud y Nutrición
UNICEF LACRO



Residencia para Madres, Hospital Materno Provincial
Dr. Raúl Felipe Lucini, Provincia de Córdoba.
© UNICEF Argentina/2013/P. Haar

Argentina

Residencias para madres (RM)

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: alianza público-privada.

País: Argentina.

Título: Residencias para madres (RM).

Enlaces relacionados:

<https://www.youtube.com/watch?v=JLmSxoAhNAI> El propósito.

https://www.youtube.com/watch?v=MD_1FEETqDQ La alianza.

<https://www.youtube.com/watch?v=ybHA4b7mh68> La recaudación de fondos – Teletón.

https://www.youtube.com/watch?v=CwcBi0jMJ_k Perspectiva del ministerio que recibe apoyo.

<https://www.youtube.com/watch?v=Jrc1810gCOA> Ya es política.

Persona de contacto: Zulma Ortiz (zortiz@unicef.org), Especialista en Salud, UNICEF Argentina.

Resumen

Una RM tiene como objetivo evitar la separación de la madre y el niño, en aquellos casos que requieran la internación del recién nacido, sea por parto prematuro o el padecimiento de alguna enfermedad. También, de esta forma se busca promover la participación activa de la madre en el cuidado de su hijo, el mantenimiento de la lactancia materna, y la oportunidad de ofrecer intervenciones de educación para la salud (por ejemplo, en aspectos relacionados con la salud reproductiva y la lactancia materna).

Las cooperaciones público-privadas son alianzas que buscan compartir un objetivo común, repartiendo riesgo y recompensas, para brindar a la comunidad un servicio que esta requiere. UNICEF ha favorecido la cooperación público privada al facilitar la alianza entre las Direcciones de Maternidad e Infancia de las provincias, las maternidades y Farmacity, con

el objetivo de fortalecer el componente de las RM dentro del modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).

Tema (antecedentes):

Muchas veces, la multiplicidad de demandas a las que debe responder el Estado en contextos de presupuestos escasos, recursos finitos, hace necesaria la cooperación con otros actores para poder dar respuesta a la comunidad. La asociación del sector público con el privado puede lograr importantes beneficios, como ser: la maximización de las fortalezas de cada sector, generar mayor eficiencia, calidad y costo-efectividad en la utilización de los recursos, mejoras en la administración, liberar recursos públicos para otros fines, reducir o mejorar la carga de los riesgos, y generar recompensas mutuas.

Farmacy (cadena de farmacias), por medio de su campaña “Redondee en favor de los niños,” y de aportes propios de la empresa, ha permitido recaudar 1,3 millones de dólares destinados exclusivamente al fortalecimiento de RM. Este monto se ha asignado a dos etapas de trabajo: (1) 2011-2012, equipamiento, refacción y acondicionamiento de residencia para madres; y (2) 2013-2014, construir nuevas RM en maternidades que no cuentan con este espacio.

Estrategia e implementación:

Los fondos para dar cumplimiento a este compromiso surgen del programa de donaciones por clientes de Farmacity “Redondee en favor de los niños,” que se suma a los aportes propios de la empresa. En el año 2011, la campaña logró recaudar un importe al que la empresa sumó una donación propia de casi el monto recaudado. Luego, en 2012, la recaudación creció un 17% y Farmacity sumó un nuevo aporte; en 2013, la recaudación creció un 23% respecto al año previo y nuevamente la empresa hizo su propio aporte.

Las estrategias que se manejan para el crecimiento de la recaudación incluyen desde el involucramiento de los cajeros (responsables de solicitar la donación) por medio de capacitaciones e incentivos, hasta la visibilidad que va teniendo la campaña, y por supuesto la adhesión de los gobiernos.

Los Ministerios de Salud Provinciales, a través de las Direcciones de Maternidad e Infancia, trabajan en la identificación de aquellas maternidades que necesitan mejorar la RM o construir una nueva. Asimismo, facilitan el contacto con las autoridades de las maternidades y gestionan todas las instancias administrativas para que las inversiones puedan realizarse.

El trabajo de UNICEF consiste en facilitar el contacto entre Farmacity y los Ministerios de Salud Provinciales, y asistir en el establecimiento de los acuerdos respecto a los objetivos, las responsabilidades y los cronogramas de actividades. Logrado esto, se inicia un proceso en cuatro etapas:

Etapas 1: Visita e identificación de necesidades. Se hace registro fotográfico y se entrevistan a jefes de servicio y directores de hospitales para recabar información sobre las necesidades. Luego, las autoridades del hospital, junto con el Ministerio de Salud de la Provincia, elaboran un presupuesto que se presenta para evaluación y aprobación por parte de UNICEF y Farmacity.

Etapas 2: Supervisión. Una vez que se comienzan las obras en la maternidad (sea por personal de la propia entidad o empresas contratadas a este fin), se visita nuevamente para supervisar los avances y sugerir soluciones en caso de haberse manifestado problemas.

Etapas 3: Inauguración. Concluidos los trabajos, se procede a la inauguración de la residencia, acto en el cual se coloca una placa que deja testimonio de la cooperación entre UNICEF, Farmacity y Ministerio de Salud de la Provincia.

Etapas 4: Monitoreo. A los seis meses de inaugurada la residencia, se visita con el objetivo de evaluar el estado de las inversiones realizadas y considerar nuevas necesidades que se hayan presentado desde el relevamiento realizado originalmente.

Progreso y resultados:

- Se han logrado recaudar 1,3 millones de dólares por medio del programa de donaciones por clientes de Farmacity “Redondee en favor de los niños” y aportes propios de la empresa

- Se han mejorado catorce residencias para madres y construido cinco nuevas en seis provincias.
- Esta obra va a contribuir a que las mamás de al menos 5.800 bebés que nacen prematuramente cada año y requieren internación en neonatología puedan contar con un espacio en el cual alojarse para estar cerca de su bebé.
- Una de las características que diferencia una MSCF y que la hace rápidamente distinguible entre otras es la presencia de los padres en contacto permanente con su hijo o hija. El equipo de salud de estas maternidades no solo permite, sino que desea que los padres y en particular, la madre, permanezca con su bebe en todo momento.
- Si bien se ha avanzado mucho en estos cuatro años de trabajo, existen al menos 27 maternidades comprometidas en transformarse en MSCF que no cuentan con una RM.

Lección aprendida:

- La experiencia obtenida luego de cuatro años de trabajo evidencia que la recaudación de fondos adquiere relevancia cuando se asocia a un enfoque programático que promueve la realización de los derechos.
- UNICEF adquiere un rol relevante en la conformación de alianzas entre el sector público y privado al facilitar las mismas aún en contextos donde existen potenciales conflictos de interés. Esto permite que se vehiculice un caudal de recursos que logra poner un servicio a disposición de la comunidad.
- La experiencia de trabajo programático coordinado con la División de Recaudación de Fondos y Parteneriados (PFP) de UNICEF Argentina ha demostrado que no se trata solamente de una estrategia multi e interdisciplinaria, sino de una transdisciplina que conjuga diferentes perspectivas que aportan diferentes soluciones para un mismo problema.

- El acompañamiento de UNICEF a las autoridades provinciales y de la maternidad a lo largo de todo el proyecto (desde su diseño hasta su inauguración) es fundamental para lograr los objetivos propuestos.

Aplicación potencial:

- Esta iniciativa es factible de ser replicada en cualquier lugar en la que se necesiten RM y existan las condiciones para recaudar fondos.
- Es importante destacar que la prematuridad de los recién nacidos es un problema en América Latina y el Caribe que continuará presente por los próximos años.

Siguientes pasos:

- En el marco del nuevo “Documento de Programa de País” (CPD por sus siglas en inglés) se revisará la pertinencia de continuar con la iniciativa.
- Durante el 2015 se ejecutarán los fondos obtenidos en octubre de 2014. Los fondos se invertirán en lugares en los que no hay RM o en los que las RM necesitan mejoras, siguiendo los mismos procedimientos de los últimos 4 años.



Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF),
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Ciudad de Buenos Aires.
© UNICEF Argentina/2014/P. Haar

Argentina

Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF)

Categoría: buenas prácticas.

Área de enfoque o estrategia transversal: mejoramiento de la calidad de atención.

País: Argentina.

Título: Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF).

Enlaces relacionados:

http://www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF_2ed_web.pdf

http://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_21378.htm

<https://www.youtube.com/watch?v=faaR993dUH0&list=UU-Tbihnf-VyEnj763yQ7IjA>

<https://www.youtube.com/watch?v=mLFh0fO-Jw>

<https://www.youtube.com/watch?v=EukKVFDDVIM&feature=youtu.be&list=PLD954E2E528039F12>

https://www.youtube.com/watch?v=9jBIPh_GZL8

Persona de contacto: Zulma Ortiz (zortiz@unicef.org), Especialista en Salud, UNICEF Argentina.

Resumen:

El área de Salud y Nutrición de UNICEF Argentina busca lograr que más del 70% de las grandes maternidades públicas del país se transformen en MSCF, para promover una atención humanizada, centrada en los derechos de las madres y el niño, contribuir a mejorar la calidad de atención y reducción de la morbilidad materna y neonatal.

Una MSCF se identifica por tener una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y

la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad; fortalece otras iniciativas como la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño que promueve la lactancia materna.

La manera en que se busca implementar esta iniciativa en las grandes maternidades públicas y así contribuir a la reducción de la mortalidad infantil y materna, es a través de acciones acordadas en

convenios entre UNICEF Argentina y las Direcciones de Maternidad e Infancia (DMI) de cada provincia, en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna – Infantil.

Cada DMI diseña su plan para implementar la iniciativa en la provincia en línea con los 5 ejes de cambio planteados por la iniciativa MSCF. Luego para el trabajo con cada maternidad, las DMI provinciales promueven las siguientes acciones, que son realizadas por los directivos y equipos MSCF de las maternidades adheridas: la identificación de la necesidad de mejora de la calidad de atención, el establecimiento de una visión compartida, la adquisición de competencias a través de capacitaciones (realizadas por UNICEF, y prestigiosas instituciones académicas que actúan como agentes de cambio externo), la asignación de recursos para cumplir con un plan adecuado a cada contexto, el fortalecimiento de las residencias para madres, la capacitación de equipos de conducción (directores y jefes de servicios), y la conformación de una red de prácticas. Los planes de mejora de las maternidades están orientados a fomentar la implementación de los pasos, la adhesión a los principios y la organización según los ejes descriptos en la guía MSCF (disponible en: <www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF_2ed_web.pdf>).

Si bien la iniciativa se encuentra en etapa de implementación, lo que limita la posibilidad de estimar su efecto en la mortalidad materna y neonatal, el análisis de la media trienal pre (2007-2009) y post inicio MSCF (2010-2012) para la tasa de mortalidad neonatal (TMN) y la razón de mortalidad materna (RMM) en el conjunto de las provincias adheridas evidencian un descenso en los valores de los indicadores: la TMN por 1000 NV en el trienio pre-MSCF fue 8,76 y se redujo a 8,29 variación porcentual -5%; mientras que la RMM fue de 6,0 por 10000 NV y se redujo a 4,7 variación porcentual -21%.

Tema (antecedentes):

La experiencia innovadora desarrollada inicialmente en la Maternidad Sardá, consistente en la construcción asistemática de un modelo de atención perinatal, que recibió el nombre de Maternidades Centradas en la Familia (MCF), que se consolidó en el 2006 en una guía que FunLarguía junto al Ministerio de Salud de la Nación difundieron. Luego, el Área Salud y Nutrición de UNICEF propone incorporar los principios y acciones referidos a la seguridad del paciente, dando origen a la iniciativa MSCF.

En 2009, el Área de Salud y Nutrición de UNICEF Argentina realiza el plan para el período 2010-2014 en el marco del Programa País. En aquel momento, se disponían de estadísticas hasta el año 2007 que mostraban que, si bien entre 1990 y 2007, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se había reducido en un 50%, otros indicadores de la salud materna e infantil evidenciaban situaciones preocupantes. El análisis de la TMI revelaba que el 65% correspondía a neonatos y que 6 de cada 10 decesos infantiles podrían haber sido evitados con una adecuada atención durante el embarazo y con un mejor manejo del parto. Además, se había incrementado la diferencia entre las dos provincias con la mayor y la menor TMI; y la reducción de mortalidad materna era mucho menor a la esperada. Las situaciones más desfavorables tenían lugar especialmente en provincias del norte argentino.

En este contexto, en el 2010 el Gobierno Nacional y el Área de Salud y Nutrición de UNICEF, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de la atención y reducir las brechas en la morbilidad materna e infantil, con foco en la salud neonatal, acuerdan llevar esta iniciativa a las 110 grandes maternidades públicas de la Argentina.

Estrategia e implementación:

La iniciativa MSCF busca favorecer la transformación de las maternidades públicas, con foco en las grandes maternidades. Una MSCF se identifica por tener:

- Una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades.
- Estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud.
- Promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido.
- Implementa prácticas seguras y de probada efectividad.
- Fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), que promueve fuertemente la lactancia materna.

Estos cinco elementos constituyen los ejes conceptuales sobre los que se sustenta la iniciativa con el objetivo de promover una atención humanizada, centrada en los derechos de las madres y el niño, y contribuir a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad materna y neonatal.

La iniciativa MSCF implica el cumplimiento de diez pasos que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su

primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido en el seguimiento ambulatorio. Algunos de estos pasos son atravesados transversalmente por los ejes conceptuales; otros se alinean con los ejes a lo largo del continuo de la atención; y otros establecen el contexto cultural necesario para implementar la iniciativa.

Utilizando el marco de evaluación de intervenciones complejas¹, se diseñó y modeló una estrategia de implementación consistente en acciones orientadas a los principales determinantes de cambio organizacional propuestos por el Modelo Consolidado para la Investigación en Implementación².

El diseño, implementación, monitoreo y evaluación de la iniciativa incluyó:

1. Identificación de los determinantes (constructos) del cambio organizacional a partir del modelo teórico referido. Como determinantes críticos para la transformación de maternidades en MSCF, se consideraron:
 - a. Contexto externo: políticas externas y demanda calificada.
 - b. Contexto interno: redes y comunicaciones; clima de implementación; preparación para la implementación; cambios estructurales.
 - c. Proceso de implementación: cómo se planifica, implementa y evalúa la implementación de una MSCF.
2. Diseño e implementación de acciones dirigidas a estos determinantes (constructos)
 - 2.1. Acciones dirigidas a determinantes del contexto externo:

¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, *Evaluación de Intervenciones Complejas. Prueba Piloto y evaluación de la iniciativa MSCF en la provincia de Buenos Aires Documento Preliminar*, Buenos Aires, Argentina, 2012.

² Damschroder, L.J., et al., 'Fostering Implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science', *Implementation Science*, 2009, 4:50.

- a. Construcción de alianzas con los gobiernos nacional y provinciales, en línea con las políticas públicas en favor de la salud materna e infantil.
- b. Fortalecimiento de la demanda calificada (usuarios), con foco en los derechos de los prematuros. Cada provincia diseñó su plan para implementar la iniciativa en función de las necesidades locales.

2.2. Acciones dirigidas a determinantes del contexto interno:

- a. Construcción de redes dentro y entre las maternidades participantes, a través de la creación de comunidades de práctica (redes).
- b. Análisis de cultura organizacional de las maternidades y el fortalecimiento de las capacidades de los equipos de salud por medio de actividades de sensibilización y capacitación (fortalecimiento del clima de implementación).
- c. Capacitación a altos funcionarios y líderes de conducción de las maternidades (fortalecimiento del liderazgo) y acciones para mejorar el acceso, análisis y uso de la información en las maternidades participantes (acciones para preparar las maternidades para la implementación de la iniciativa).
- d. Cambios estructurales: implementación de cambios estructurales esenciales, como el mejoramiento de las residencias para madres.

2.3. Acciones dirigidas a determinantes del proceso de implementación:

- a. Involucramiento de agentes externos de cambio: articulación con prestigiosas instituciones, académicas y de la sociedad civil, que trabajan en el campo de la salud materna e infantil para favorecer los procesos de cambio en las maternidades.
- b. Involucramiento de agentes internos de cambio para planificar e implementar acciones de cambio a nivel de las maternidades participantes.

3. Monitoreo y evaluación

El monitoreo y evaluación consideró indicadores de cambio organizacional definidos en función de los determinantes teóricos definidos y como indicadores de resultado final, se consideran las tasas de mortalidad infantil y materna reportadas por la Dirección de Estadísticas e Información para la Salud.

3.1. Resultados de las acciones dirigidas a determinantes del contexto externo:

A 4 años de su implementación, la iniciativa MSCF está dentro de las agendas de políticas de gobierno en 10 provincias priorizadas y participan 102 maternidades públicas, incluyendo 80 (72%) de las 110 grandes maternidades públicas existentes en el país; 2. Desde el año 2010, anualmente, se realizó la Semana del Prematuro, con un incremento sostenido de la cantidad de instituciones adheridas (de 72 instituciones en 2010 a 412 instituciones en 2014).

3.2. Resultados de las acciones dirigidas a determinantes del contexto interno: se creó un campus virtual, el cual se constituyó en el soporte tecnológico de una comunidad de práctica. En el año 2014, 2719 personas participaron como usuarios activos del campus, ya sea como miembros del foro MSCF (441 usuarios) o como participantes de alguna de las actividades de capacitación. Se desarrolló un modelo de evaluación de la cultura organizacional con una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, el cual se aplicó en 29 maternidades de la provincia de Buenos Aires. Este diagnóstico identificó como principales problemas de la cultura organizacional a la comunicación interna, el liderazgo y la adherencia a prácticas asistenciales basadas en la evidencia y orientó el diseño de una estrategia de capacitación dirigida a altos funcionarios. Un total de 232 directivos, altos funcionarios y profesionales a cargo de la conducción de equipos de salud de la provincia de Buenos Aires fueron capacitados en técnicas de planificación y gestión institucional en los años 2013- 2014 (fortalecimiento del liderazgo). Las instituciones participantes desarrollaron e implementaron planes de fortalecimiento institucional con el apoyo de la Dirección de Maternidad e Infancia. El modelo de evaluación de la cultura organizacional está siendo replicado en otras provincias adheridas (Córdoba y Santa Fe).

3.3. Resultados de las acciones dirigidas al proceso de implementación: un total de 65 instituciones académicas u organizaciones de la sociedad civil firmaron acuerdos

con UNICEF y participaron como agentes de cambio externo. Las maternidades adheridas promovieron y, en la mayoría de los casos, constituyeron equipos MSCF que actúan como agentes de cambio internos liderando los procesos de transformación organizacional.

Progreso y resultados:

La evaluación de la iniciativa se realiza en el marco del diseño-implementación y evaluación de intervenciones complejas y considera diferentes resultados en función de las acciones y determinantes del cambio organizacional priorizados.

A nivel de las acciones orientadas a los determinantes de contexto externo, se destaca el progreso en el reconocimiento del concepto de MSCF como una política de gobierno y de la institución. Por ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires MSCF fue incluida como una prioridad en su “Decálogo de Gestión Hospitalaria”. A 4 años de la implementación de la iniciativa MSCF, 102 maternidades públicas, incluyendo 80 (72%) de las 110 grandes maternidades públicas existentes en el país, se han comprometido con la iniciativa, un valor discretamente mayor a la meta planteada para el período 2010-2014 (70%). Actualmente, 5 de cada 10 bebés que nacen en el sector público, lo hace en una maternidades que se ha sumado a MSCF. Un total de 65 dispositivos han participado en la ejecución de la iniciativa.

A nivel de las acciones orientadas al contexto interno u organizacional, se desarrollaron instrumentos para que las maternidades auto-evalúen el cumplimiento de los pasos de la iniciativa así como para evaluar la cultura organizacional a través de métodos cualitativos y cuantitativos. Algunas provincias, como Córdoba, Buenos Aires

y Santa Fe han avanzado en la implementación de estos instrumentos que permiten monitorear los progresos de la implementación de la iniciativa a nivel institucional. Al año 2013, un total de 5.762 profesionales participaron en las distintas actividades de sensibilización y capacitación para la implementación de la iniciativa. Se han promovido el re-diseño y refacción de 15 residencias para madres, y la construcción de 4 nuevas residencias en maternidades que no contaban con este espacio. La creación de un campus virtual y la elaboración, difusión y diseminación de 15 publicaciones permitió fortalecer el acceso a la información y la socialización del conocimiento entre los actores involucrados en la implementación de la iniciativa.

La transformación organizacional de las maternidades públicas es un proceso de cambio lento. De acuerdo a la clasificación de Fixen³, actualmente el proceso de implementación se encontraría en un estadio 2, es decir, en los primeros 4 años de implementación de la iniciativa, las acciones implementadas, principalmente la educación y la puesta en práctica de las intervenciones contempladas por la iniciativa MSCF, habrían logrado cambiar las habilidades, las capacidades y la cultura organizacional que caracteriza este modelo. El gran desafío es la sostenibilidad y definición del rol de UNICEF acompañando estas políticas a largo plazo.

Buena práctica:

La MSCF es una iniciativa que busca contribuir a la reducción de morbilidad materna y neonatal a través de la transformación organizacional de las

grandes maternidades públicas. La iniciativa fue diseñada e implementada en el marco del diseño-implementación y evaluación de intervenciones complejas. El uso de un meta-marco teórico sobre estrategias de cambio organizacional permitió diseñar una estrategia sólidamente fundamentada en aquellos determinantes que fueron considerados esenciales para la transformación de las grandes maternidades públicas. La implementación de la iniciativa MSCF requiere:

- Alianzas con los gobiernos nacionales y provinciales, las cuales constituyen la puerta de entrada para iniciar el proceso de transformación;
- La articulación con prestigiosas instituciones académicas (agentes externos), que actúa como catalizador del proceso de transformación a nivel de las maternidades;
- El abordaje de la cultura organizacional en las maternidades y la devolución de esta información a los directivos y equipos de salud, lo que constituye el cimiento sobre el cual se desarrollan las acciones de mejora;
- El fortalecimiento del acceso a la información y el conocimiento, que constituye un elemento indispensable para socializar los avances y también las barreras al progreso de la iniciativa entre los propios actores involucrados en su implementación;
- El fortalecimiento del liderazgo a todos los niveles del sistema de salud y en particular a nivel de las maternidades por medio de la constitución de

³ Fixsen, D.L., et al., *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*, University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, Tampa, Florida, 2005, Publication #231.

equipos multidisciplinares MSCF, lo que impulsa el cambio de la organización;

- La construcción de una comunidad de práctica entre todos los involucrados en la implementación de la iniciativa, que es la red sobre la cual se sustenta el proceso de transformación.

La MSCF está pensada para:

1. Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN), respetar las decisiones de las embarazadas, y de su familia en el trabajo de parto y en el parto.
2. Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanos, con la participación de la familia.
3. Facilitar la inclusión de la madre, del padre y del resto de la familia en la internación neonatal.
4. Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente, del de riesgo luego del alta, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.
5. Disponer de una Residencia para Madres (RM) que permita la permanencia de las mamás junto con los recién nacidos prematuramente internados.
6. Promover el servicio de voluntarios y voluntarias de la comunidad.
7. Fortalecer la implementación de la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN).

Aplicación potencial:

- La iniciativa de MSCF es factible de ser aplicable en cualquier servicio perinatal y supera a la iniciativa del Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN).
- Para la implementación es clave que se acuerde con los tres niveles de gestión (macro-meso-micro).
- En relación al presupuesto que se necesita por parte de UNICEF, debería limitarse solo a los incentivos, y dado los avances en Argentina, muchos de ellos ya están disponibles en el campus virtual de UNICEF Argentina.

Siguientes pasos:

- En el marco del nuevo Plan de Cooperación (CPD) 2016-2020 se revisará la pertinencia de continuar con la iniciativa.
- Es una decisión difícil que merece una amplia discusión con diferentes actores, proceso que se iniciará con la preparación del CPD.

Bolivia

Planificación por niveles de gestión de acciones de prevención de la Transmisión Madre-Hijo del VIH en Bolivia

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: planificación descentralizada.

País: Bolivia.

Título: Planificación por niveles de gestión de acciones de Prevención de la Transmisión Madre- Hijo del VIH en Bolivia.

Enlaces relacionados: N/A

Persona de contacto: Dra. Claudia Vivas (cvivas@unicef.org), Jefe Supervivencia Infantil y Desarrollo, UNICEF Bolivia. Dra Carmen Lucas (clucas@unicef.org), Oficial de VIH/SIDA, UNICEF Bolivia.

Resumen:

La programación descentralizada de acciones de VIH/SIDA, de acuerdo al Plan Estratégico de VIH/ SIDA 2008 – 2013, incluyendo acciones de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo (PTMI) del VIH, se hace efectiva a partir del año 2008. Hasta entonces la programación de acciones de los 9 Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia (CDVIR), instancias especializadas en el manejo de las ITS/ VIH/SIDA a nivel sub-nacional, eran definidas y acordadas entre el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y la cooperación internacional.

UNICEF, con el objetivo de apoyar la implementación del Plan Estratégico de VIH/SIDA 2008-2013 y el marco de los Tres Unos (único plan, única autoridad rectora, único sistema de vigilancia y evaluación), establece un Plan de Trabajo con el Programa Nacional

ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud. A nivel departamental/sub-nacional se acuerda y negocia por primera vez con los CDVIR un plan de trabajo con actividades, resultados, metas y presupuesto para la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH, para ser ejecutadas en forma integral en las redes locales de salud.

De acuerdo con el Comité Nacional de Análisis de la información del VIH/SIDA, los resultados alcanzados entre 2007 y 2013 incluyen, además de la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial 2013-2017 ITS/VIH/SIDA en contexto descentralizado, el incremento del acceso de embarazadas a pruebas rápidas de VIH (de 2% a 68%), de embarazadas VIH positivas a ARV (de 64% a 94%), del número de establecimientos de salud públicos que ofertan pruebas

rápidas (de 1% a 41%). Igualmente la elaboración en el 2008, y actualización cada dos años, de la guía normativa sobre PTMI del VIH/Sífilis Congénita y Tratamiento Antirretroviral Pediátrico, con la correspondiente capacitación de más de 12.500 profesionales de salud en el mismo período.

El incremento efectivo del acceso de embarazadas a pruebas rápidas de VIH y a otras acciones de prevención de la transmisión madre hijo del VIH, está estrechamente relacionada con la transferencia y delegación de competencias técnicas y administrativas, desde los niveles normativos a los operativos, que en la práctica se traduce en una programación de acciones con asignación presupuestaria, articulada por niveles de gestión y establecimiento de resultados y metas. Así mismo, se fortalece y profundiza la descentralización del Programa de VIH/Sida en un contexto de sostenibilidad, puesto que los gobiernos locales asignan presupuestos de contrapartida a los recursos entregados por UNICEF.

Tema (antecedentes):

Hasta el 2007, las acciones de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo (PTMI) del VIH se realizaban desde los 9 Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia (CDVIR), instancias especializadas en el manejo de las ITS/VIH/SIDA, donde se ejecutaban algunas acciones de PTMI, definidas y acordadas entre el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y la cooperación internacional. Por tanto los CDVIR ejecutaban las acciones definidas por el nivel nacional, circunscritas a la oferta de pruebas rápidas a embarazadas que acuden a los CDVIR y a los terceros niveles de atención. La tarea era realizada por personal del propio CDVIR, con poco involucramiento del hospital de primer nivel, alcanzando coberturas muy bajas (2% en el 2007).

Por norma, las acciones de atención integral a la embarazada deben programarse y realizarse, en primera instancia, en las unidades de salud del primer nivel de atención, y por tanto, los CDVIR deberían desarrollar las competencias para hacer efectiva la realización de la prueba rápida a embarazadas, pero no la realizaban, porque en el Plan Anual de Operaciones (POA) elaborado a nivel nacional no se contemplaban recursos para la capacitación del personal operativo de las redes locales de salud.

Esta programación centralizada, no permitía abordar temas como:

- La Ley SUMI (Seguro Universal Materno Infantil). Esta contempla costos de un conjunto de prestaciones relacionadas con la atención a la embarazada, entre ellas los costos de pruebas rápidas de VIH, que estaban siendo financiadas por la cooperación internacional.
- La capacitación local de los recursos humanos para la oferta y realización de la prueba rápida de VIH. Bolivia tiene 3.500 unidades de salud, de las cuales el 92% son de primer nivel, el 6% son de segundo nivel y el 2% de tercer nivel. Más del 80% de los controles prenatales se realizan en el primer nivel de atención, donde no hay completa capacitación para realizar la prueba rápida de VIH.
- El adecuado monitoreo de la cobertura de acceso a pruebas rápidas por embarazadas. Los CDVIR no programaban las acciones de PTMI en función de los embarazos esperados por año, por tanto no se definían metas ni tampoco los suministros requeridos para el cumplimiento de las acciones relacionadas. No se monitoreaban las coberturas, sino el número de pruebas rápidas entregadas a las embarazadas.

Estrategia e implementación

La estrategia para solucionar esta situación fue la programación descentralizada de las acciones de PTMI del VIH. En el 2008, UNICEF acuerda un plan de trabajo con el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, que establece un conjunto de actividades vinculadas a su rol normativo, inscritas el Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA 2008-2013. En este sentido las acciones están dirigidas a la elaboración de guías/protocolos sobre PTMI del VIH, capacitación nacional de facilitadores departamentales, seguimiento y evaluación de acciones. También se impulsan acciones de abogacía, como fue la promulgación de la Resolución Ministerial No. 521, la cual establece que los costos de las pruebas rápidas de VIH y Sífilis deben ser cubiertas con los recursos del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

A nivel departamental y en el marco del Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA 2008-2013, por primera vez se programan con los CDVIR, un conjunto de actividades a ser ejecutadas en las redes locales de salud, en trabajo conjunto con los Programas de Salud Materna. Entre las actividades claves están las capacitaciones del personal de salud, seguimiento y evaluación de acciones y metas/coberturas acordadas según población asignada, que hasta ese momento el CDVIR no lo había realizado.

En este sentido, UNICEF apoya al Ministerio de Salud/Programa ITS/VIH/SIDA (normativo) y los CDVIR (operativo) a implementar las acciones establecidas en el Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA 2008-2013 a nivel de las redes locales de salud que tienen la función de atender a las embarazadas y población en general.

En la implementación de las acciones, las actividades programadas a nivel nacional y departamental, se articularon y complementaron. Esta forma de implementar las acciones promovió en los equipos departamentales (CDVIR) compromisos y responsabilidades con el logro de metas en favor del departamento y no solo con la unidad asistencial del CDVIR como en gestiones anteriores. Los equipos departamentales inician un proceso en el que tienen que rendir cuentas sobre la ejecución de las actividades programadas, la ejecución presupuestaria y el alcance de las metas departamentales, que no ocurría anteriormente. Se inicia así un proceso de gestión por resultados.

La ejecución de actividades de supervisión entre los diferentes niveles de gestión (del nacional al departamental y de este a la red local de salud), les permitió realizar el seguimiento a la aplicación de la norma y apoyar in situ la operativización del procedimiento clínico. También fue la oportunidad para realizar el monitoreo de indicadores establecidos en los Planes Anuales Operativos.

Así mismo, el “Programa Nacional ITS/VIH/SIDA” ejecuta reuniones de evaluación nacional, donde los jefes de los programas departamentales dan a conocer las acciones cumplidas y las metas logradas, así como las lecciones aprendidas y los desafíos futuros. Esta instancia de evaluación se constituye en un espacio de socialización de experiencias, definición e identificación de acciones conjuntas entre CDVIR y de establecimiento de mecanismos de trabajo inter-departamental.

Progreso y resultados:

El conjunto de acciones cumplidas permitieron alcanzar los siguientes resultados/productos:

- Se ha incrementado la cobertura de acceso de embarazadas a pruebas rápidas de VIH, pasando de 2% en el año 2007 al 68% en el 2013.
- Durante el mismo período, se pasó del 64% al 94% de embarazadas que accedieron a ARV para prevenir la transmisión del VIH a su hijo y para su propia salud.
- Se incrementó el número de establecimientos de salud públicos que ofertan pruebas rápidas a embarazadas de 27 (0,8%) en el 2007 a 1.445 (41%) en el 2013.
- Entre 2007 y 2013 se han mejorado las competencias de cerca de 12.500 profesionales de salud con diferentes perfiles, tanto en la prevención, como en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la transmisión madre-hijo del VIH. En el 2008 se elaboró la primera guía normativa sobre PTMI del VIH, misma que se reactualiza cada dos años. El 2013 se reactualiza la guía sobre PTMI del VIH y Sífilis Congénita, así como la Guía de Tratamiento Antirretroviral Pediátrico.
- Se cuenta con un Plan Estratégico Multisectorial 2013-2017 ITS/VIH/SIDA, que incluye PTMI del VIH - eliminación de la sífilis congénita, el cual dentro de sus estrategias contempla el fortalecimiento de las redes locales de salud para mejorar el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento en contexto descentralizado.

Lección aprendida:

- La programación de actividades y la asignación presupuestaria por niveles de gestión profundiza la descentralización articulada entre niveles y facilita la implementación efectiva de las acciones en cada nivel, conforme a sus roles y funciones; logrando productos diferentes pero vinculados a los resultados comunes establecidos, como el incremento sostenido del acceso de embarazadas a pruebas rápidas de VIH.

- Por otra parte, la programación articulada de acciones por niveles de gestión fortalece el desarrollo y profundización de las competencias transferidas a cada instancia; haciendo efectiva la descentralización y sostenibilidad de las acciones, como la asignación presupuestaria por los gobiernos departamentales de contrapartida a los recursos asignados por UNICEF.

Aplicación potencial:

- A la fecha, esta programación toma en cuenta los niveles nacional y departamental, siendo muy incipiente en el nivel municipal, por lo que será fundamental aplicar el mismo concepto de programación descentralizada y articulada al nivel municipal, fortaleciendo el trabajo coordinado entre los tres niveles de gestión que establece el modelo de salud boliviano (SAFCI: Salud familiar comunitario e intercultural); con el fin de lograr los resultados esperados y dar sostenibilidad a las acciones.

Siguientes pasos:

- En trabajo conjunto con el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y los programas departamentales.
- Apoyar el proceso de planificación a nivel municipal, estableciendo acciones claves conforme a las competencias, resultados y asignación de recursos municipales, para la sostenibilidad técnica y financiera del control y vigilancia del PTMI del VIH.

Bolivia

Nutrición en emergencias (preparación y respuesta)

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: coordinación de intervenciones de nutrición en emergencias.

País: Bolivia.

Título: Nutrición en emergencias (preparación y respuesta)

Enlaces relacionados: N/A

Persona de contacto: Dra Claudia Vivas Torrealba (cvivas@unicef.org), Jefe de Supervivencia Infantil y Desarrollo, UNICEF Bolivia. Silvia Pérez (sperez@unicef.org), Consultora en Nutrición, UNICEF Bolivia.

Resumen:

Bolivia presenta con frecuencia diversas emergencias naturales, como inundaciones, heladas y sequías, debido a su ubicación geográfica, amplio territorio, variedad de climas y ecosistemas, las cuales afectan el estado nutricional sobre todo de los niños más vulnerables.

En el país se han implementado durante el 2014 dos proyectos de emergencia en el área de Nutrición, uno de respuesta a la emergencia de sequía y otro a las inundaciones ocurridas en el norte del país, los cuales recibieron recursos del Fondo Central de Emergencias de Naciones Unidas (CERF) gracias a las propuestas de financiamiento presentadas por UNICEF Bolivia.

El corto espacio de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda intervención propiciaron la identificación de varias lecciones aprendidas para próximas intervenciones de nutrición en emergencias. Estas lecciones son: la necesidad de fortalecer

el liderazgo del Estado en nutrición en emergencias a través de la creación de la Mesa Sectorial de Nutrición y de la capacitación de personal nacional, mejorar la intervención en nutrición de UNICEF y del socio implementador a través de mejoras en la asistencia técnica en terreno por parte de este, la definición exhaustiva de la colaboración entre UNICEF y socio, el diseño de una intervención integral, la gestión de suministros y la búsqueda de apoyo de otros actores locales para aumentar el alcance de la intervención.

A pesar de la debilidad desde los niveles gubernamentales en la respuesta a la emergencia en nutrición, se ha logrado implementar por parte de UNICEF una respuesta específica desde el área de Nutrición, destinada principalmente a la prevención del deterioro nutricional de los niños afectados por las inundaciones y fortalecer la coordinación del Estado a través de un espacio sectorial.

Tema (antecedentes):

En Bolivia las emergencias por inundaciones y sequías son una amenaza constante que pone en riesgo el estado nutricional de la población infantil más vulnerable. Durante el periodo de lluvias, de octubre a marzo, se presentan inundaciones en los llanos orientales prácticamente todos los años, sobre todo en la Cuenca del Río Amazonas, la cual cubre alrededor de dos tercera partes de la superficie del país. Las cuencas de los ríos Mamoré, El Beni, Río Grande e Itenéz, en los departamentos del Beni, Cochabamba, La Paz, Pando y Santa Cruz, también suelen inundarse. Durante los años en los que se presenta el fenómeno de El Niño, además de las inundaciones en los llanos, se presentan también sequías en las zonas sur-occidental y sur-oriental del país, afectándose así prácticamente todo el territorio nacional (OCHA, 2007).

En Bolivia el sector de nutrición no es visto como un sector independiente en la estructura sectorial organizada de la respuesta humanitaria. Esto ha conllevado a que existan rezagos en la respuesta en seguridad alimentaria y salud y a que no exista un liderazgo oficial claro en nutrición. No hay un espacio de coordinación y diálogo entorno a emergencias en nutrición entre los diferentes actores, incluyendo entre otros, líderes nacionales, sub nacionales y la cooperación internacional. Por otra parte no se desarrollan acciones de preparación para emergencias en el sector de forma coordinada, ni se llevan a cabo acciones de fortalecimiento y capacitación de los actores involucrados para mejorar la respuesta en nutrición a nivel gubernamental (municipal, departamental, nacional) y de ONGs. Toda esta situación de contexto lleva a una respuesta aislada de parte de UNICEF, sin apoyos reales y eficientes gubernamentales y no gubernamentales.

Además, en una primera intervención de emergencias a través de nuestro socio implementador,

Acción Contra el Hambre, se pudieron detectar debilidades tanto a nivel de calidad técnica como de integralidad de la respuesta, las cuales trataron de ser solucionadas en la segunda intervención.

Estrategia e implementación:

La estrategia utilizada para revertir esta situación ha sido comenzar acciones para fortalecer el liderazgo nacional en nutrición en emergencias y establecer un espacio de coordinación (Mesa de Nutrición). Las primeras acciones en preparación para emergencias se han llevado a cabo con capacitaciones en nutrición en emergencias al personal de los municipios y departamentos afectados por las emergencias.

Con base en las lecciones aprendidas durante la primera emergencia se pusieron en marcha mecanismos para minimizar estas debilidades en la segunda emergencia, como fueron:

- Asistencia técnica al socio implementador durante todo el periodo de implementación del proyecto para poder cumplir con los objetivos y estándares de calidad de UNICEF dentro del marco de las normativas nacionales. Para ello se dispuso de un experto en nutrición altamente sensibilizado con el proyecto en terreno para asistir al socio implementador en los aspectos técnicos.
- Definición clara de la estrategia de intervención, metodología definida de desarrollo de acciones, de contratación del personal mínimo requerido. La lección aprendida partiendo de la primera intervención de sequía fue cerrar y detallar al máximo la implementación del socio, además de negociar previamente las características de las actividades a desarrollar.
- Integralidad: en la segunda intervención mejoramos la intervención bajo una lógica de intervención a nivel de individuo, comunidad y

servicios; niveles en los cuales se desarrolló la evaluación y diagnóstico inicial y final. Seguimiento y monitoreo de la intervención en promoción de nutrición, atención al desnutrido y fortalecimiento de la respuesta dada por los servicios de salud.

- Apoyo en otros actores: para la emergencia de inundaciones y en base a la experiencia de sequía, se involucró en la implementación a otros actores que pudieron aumentar y expandir el impacto y alcance de la intervención, como voluntarios, personal de la universidad, pasantes, personal del sistema de salud.

Progreso y resultados:

Se realizó la abogacía para el establecimiento de espacios de coordinación de nutrición en emergencias (Mesa de Nutrición), consiguiendo que el tema sea visto por la mayor parte del equipo humanitario del país y de los líderes nacionales respectivos como una necesidad y su pertinencia en las emergencias del presente año.

Tras haber tenido en cuenta las lecciones aprendidas de la primera intervención y haber buscado soluciones, la segunda intervención ha tenido un mayor logro en la prevención del deterioro nutricional y la atención de los niños afectados en los municipios intervenidos.

La evaluación final del impacto está siendo todavía desarrollada, pero el estrecho seguimiento dado al proyecto ha podido identificar mejoras en torno a madres capacitadas, niños monitoreados y centros de salud fortalecidos.

Lección aprendida:

- Es necesario contar con un liderazgo nacional de nutrición en emergencias, diferente a UNICEF,

que asegure la coordinación del sector y el trabajo fortalecido de otros actores, gubernamentales y no gubernamentales, relacionados con la temática de nutrición. Como podemos ver desde la experiencia de UNICEF para el sector de Agua, Saneamiento e Higiene, el trabajo de una mesa sectorial, tanto previo como durante la emergencia, puede asegurar el éxito en la intervención.

- La intervención de nutrición en emergencias debe ser integral, conllevando una evaluación, diagnóstico, monitoreo, promoción, atención y fortalecimiento, dirigidos a los niveles de individuo, comunidad y servicios.
- Se debe definir con detalle la metodología y estrategia de intervención que el socio debe implementar para que se respeten y cumplan los objetivos de UNICEF.
- Se requiere un procedimiento más ágil de distribución de suministros durante las emergencias. El tiempo de distribución en inundaciones respecto a sequía ha sido mucho más corto, gracias a algunas soluciones (transporte aéreo, materiales educativos y de promoción previamente aprobados, predefinición de la distribución), pero los trámites administrativos de las compras no adaptadas al tiempo de emergencia, siguen dificultando las entregas por parte de UNICEF.

Aplicación potencial:

- La necesidad de un espacio de coordinación específico de nutrición en emergencias, no adherido a seguridad alimentaria o salud, es esencial para asegurar el liderazgo nacional, las acciones de preparación, fortalecimiento y la respuesta en nutrición. Por lo tanto, esta lección aprendida de Bolivia podría servir a otros países de LAC para analizar si existen en sus países los mecanismos que aseguren el desarrollo del sector

de nutrición en las emergencias.

- La intervención integral de nutrición en emergencias podría ser utilizada como modelo y replicar su estructura en otras emergencias; incluyendo la existencia de una asistencia técnica en terreno por parte de UNICEF y la definición detallada de la metodología de implementación que debe desarrollar el socio.

Siguientes pasos:

Entre los próximos pasos se considera:

- Conformar la Mesa de Nutrición para comenzar a coordinar las acciones de preparación para emergencias, elaboración de metodología de intervención validada a nivel nacional y planes de contingencia de nutrición en emergencias como primeras acciones de la Mesa.
- Tanto por parte de UNICEF, como del Ministerio de Salud (líder nacional en nutrición), se realizarán capacitaciones al personal de salud y gestores de emergencia de los niveles sub-nacionales en la temática de nutrición en emergencias, para fortalecer las capacidades locales y de los actores humanitarios.
- Promover cambios en la estrategia de compra y distribución de suministros para tener un procedimiento ágil en emergencias.

Bolivia

Mesa sectorial de ASeH en emergencias

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: coordinación sectorial en preparación y respuesta a emergencias, agua, saneamiento e higiene (ASeH).

Título: Mesa sectorial de ASeH en emergencias.

Enlaces relacionados: <http://washcluster.net/>

Persona de contacto: Dra. Claudia Vivas Torrealba (cvivas@unicef.org), Jefe Supervivencia Infantil y Desarrollo, UNICEF Bolivia. Koenraad Vancraeynest, Oficial ASeH, UNICEF Bolivia. Irma Peredo, UNICEF Bolivia.

Resumen:

Bolivia, por su ubicación geográfica, territorio amplio y gran variedad de climas y ecosistemas, está expuesta recurrentemente a emergencias de inundaciones, heladas y sequías estacionales, que afectan su territorio, el crecimiento y desarrollo del país.

Uno de los principales problemas en la respuesta a emergencias en agua, saneamiento e higiene (ASeH), identificado a nivel nacional, era una débil respuesta coordinada, oportuna y adecuada, principalmente entre las instituciones públicas, como los Comités de Operaciones de Emergencias (COEs), Viceministerio de Defensa Civil (VIDECL) y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). También la débil atención en los siguientes aspectos: i) enfoque de género y generacional, ii) acompañamiento en el fomento de buenas prácticas de higiene, iii) medidas de prevención y valoración de la atención en ASeH en toda su dimensión, iv) control a la calidad del agua en albergues y comunidades afectadas.

Durante la respuesta a situaciones de emergencia se presentan desafíos importantes en la coordinación debido a la cantidad de actores presentes y la necesidad de salvar vidas en un lapso de tiempo corto. El Grupo Global de Agua Saneamiento e Higiene (GWC por sus siglas en inglés), liderado por UNICEF, motiva a los países a establecer mecanismos de coordinación previos a la emergencia, para lograr una respuesta más eficiente y eficaz.

En Bolivia, la Mesa de Agua Saneamiento e Higiene (ASeH) en emergencias fue conformada en el 2010 bajo el liderazgo del Ministerio de Medio Ambiente y Agua (MMAyA) y co-liderada por UNICEF. Hasta la fecha se cuenta con importantes resultados en el desarrollo de herramientas para la coordinación y respuesta, incluyendo un plan sectorial con protocolos de respuesta y respuesta real a varios eventos con características particulares (inundaciones, sequías, deslizamientos en área urbana).

Tema (antecedentes):

En el sector ASeH en Bolivia existen diversos actores no-gubernamentales y esto se pone de manifiesto durante la respuesta a emergencias que afectan el país en forma recurrente. Bolivia, por su ubicación geográfica, territorio amplio y gran variedad de climas y ecosistemas, está expuesta a amenazas de origen geológico y meteorológico. Cada año la amenazan ondas tropicales, tormentas y disturbios de mayor intensidad, como inundaciones, heladas y sequías estacionales, que afectan su territorio. Estos desastres causan daños y pérdidas cuya superación demanda esfuerzos extraordinarios y disminuyen el potencial de crecimiento y desarrollo del país.

Las inundaciones en los llanos orientales ocurren prácticamente todos los años durante el período de lluvias que va de octubre a marzo. Las inundaciones son una amenaza presente, sobre todo en la Cuenca del Río Amazonas que cubre cerca del 66% de la superficie del país. Las cuencas de los ríos Mamoré, El Beni, Río Grande e Iténez suelen inundarse afectando sobre todo los departamentos del Beni, Cochabamba, La Paz, Pando y Santa Cruz. La intensidad de las inundaciones en los llanos se incrementa de manera marcada durante aquellos años en los que se manifiesta el fenómeno El Niño, que además de inundaciones provoca también sequías en las zonas sur-occidental y sur-oriental, afectando prácticamente a todo el país (OCHA, 2007).

En este contexto la situación de emergencias en ASeH en Bolivia amerita un análisis de los problemas presentados en la respuesta a la atención de las últimas emergencias en el país. Uno de los problemas recurrentes fue la falta de una coordinación oportuna y adecuada. Otro problema es la falta de una atención diferenciada a los afectados o damnificados, puesto que es necesario considerar las necesidades de niñas, niños, mujeres y personas

con capacidades diferentes. Por otra parte, la falta de medidas de prevención o preparación, como la provisión de suministros, el diseño y construcción de infraestructura de agua y saneamiento adecuadas a los contextos de las emergencias y la previsión de recursos en los presupuestos anuales de los gobiernos municipales, departamentales y nacional.

Si bien el Estado, desde su nivel municipal, departamental y nacional cuenta con mecanismos de activación para una respuesta general, la coordinación de la respuesta sectorial presenta desafíos en la alineación de los actores no-gubernamentales con la respuesta oficial, duplicación de acciones, falta de coordinación intersectorial y deficiencias de cobertura de la respuesta (poblacional y de determinados sectores), entre otros.

El Gobierno Nacional adoptó los mecanismos de coordinación a través de las mesas sectoriales, basadas en los principios de la reforma humanitaria, para mitigar los problemas que se presentaban durante la respuesta a emergencias y al mismo tiempo fortalecer la respuesta gubernamental en sus diferentes niveles. La mesa de ASeH en emergencias fue constituida formalmente bajo liderazgo del MMAyA y co-liderazgo de UNICEF, en el 2010, con la participación de más de 20 actores de la sociedad civil (ONGs), agencias de Naciones Unidas, donantes y universidades.

Estrategia e implementación:

La atención a las necesidades de agua y saneamiento en situaciones de emergencia no coordinada, la duplicación de acciones, la deficiencia de cobertura de la respuesta, motivaron a abogar por una instancia de coordinación. Desde el 2007 UNICEF abogó ante el MMAyA-VIDECl por

mecanismos de coordinación para una mejor atención y respuesta a las necesidades de ASeH en emergencias. Los pasos en este proceso fueron sensibilizar sobre los objetivos y la importancia de la mesa a las autoridades del MMAyA- VIDECI, simultáneamente se convocó a actores de la sociedad Civil, ONGs y Agencias de las NU a ser parte de la mesa. La elaboración de los términos de referencia (TdR) fue otro paso importante en este proceso, con lo cual la mesa de ASeH delimitó su accionar al sector en situaciones de emergencia. A partir de esta experiencia se ha ido actualizando y complementando los TdR de la mesa tomando en cuenta aspectos de la prevención. Un aspecto a resaltar es el empoderamiento del MMAyA, el cual asumió progresivamente el liderazgo de la mesa, como se pudo observar en las últimas emergencias que se presentaron en el país.

El compromiso de los actores humanitarios, como parte de un grupo de coordinación a nivel nacional bajo el liderazgo del MMAyA, fue formalizado en los TdR de la mesa ASeH en emergencias. Los actores también se comprometen en compartir información relevante y participar en el desarrollo de herramientas que facilitan la coordinación sectorial a nivel nacional y subnacional. La elaboración de planes de trabajo anuales, reuniones ordinarias trimestrales y reuniones extra-ordinarias, proporcionan cierta institucionalidad a la mesa, lo cual facilita el compromiso y la participación de los actores.

La mejora continua de la mesa se genera actualmente a través de la participación en reuniones facilitadas por la plataforma regional de ASeH en emergencias, aplicación de lecciones aprendidas y la implementación de nuevas iniciativas de las experiencias de respuesta a determinadas situaciones específicas de emergencia. El Plan de Contingencia Agua, Saneamiento e Higiene en Emergencias (2013) cuenta con resolución ministerial del Ministe-

rio de Medio Ambiente y Agua, y se constituye en la referencia clave de la sistematización de experiencias de preparación y respuesta ante varios escenarios de emergencia recurrentes en el país.

Progreso y resultados:

- Como evidencia del progreso y resultados de esta experiencia debemos mencionar el liderazgo progresivo que fue asumiendo el MMAyA, con el Apoyo de UNICEF como colíder de la mesa. A partir del 2007 con las inundaciones en el Beni, sequías en el Chaco, hasta la última inundación 2014, donde la convocatoria a los actores de la mesa fue liderada por el MMAyA. Otro resultado a resaltar es la elaboración del Plan de Contingencia Agua, Saneamiento e Higiene en emergencias, con resolución ministerial, el mismo está siendo aplicado en situaciones de emergencia y es difundido por el MMAyA en talleres del sector.
- La mesa se convirtió no solo en un foro de coordinación, sino también en una referencia para la preparación y respuesta ASeH en emergencias, un espacio para el fortalecimiento de capacidades de respuesta gubernamental y no-gubernamental, y un mecanismo para la canalización de recursos financieros y humanos para la respuesta ASeH en emergencias.
- El mapeo de actores permitió identificar la experticia concreta y la distribución geográfica en el territorio nacional de los actores, mientras que varias iniciativas de fortalecimiento de capacidades lograron establecer un roster de recursos humanos con formación específica en ASeH en emergencias.
- A pesar de estos avances, en cada escenario de emergencia existen factores inesperados que impiden el pleno desarrollo de las actividades de coordinación de respuesta de la mesa. Estos factores pueden ser políticos, económicos o sociales que difícilmente pueden ser anticipados.

Esto se constituye en un desafío futuro, para seguir fortaleciendo el enfoque común entre todos los actores de realizar una respuesta única en ASeH ante emergencias importantes en el país.

Lección aprendida:

UNICEF Bolivia realizó un esfuerzo significativo de largo plazo contribuyendo a la coordinación sectorial en preparación y respuesta a emergencia, con la visión que esta coordinación pudiese aportar significativamente a salvar vidas y mitigar impactos de eventos inesperados. Estos impactos se manifiestan en el desarrollo en general, y particularmente a nivel familiar e individual, en especial en la niñez.

Contando con un compromiso y liderazgo gubernamental consistente, la mesa contribuye al fortalecimiento de la política pública en relación a la respuesta a situaciones humanitarias, asegurando de esta forma la sostenibilidad de estas acciones.

Adicionalmente estas acciones permiten a UNICEF Bolivia estar preparado para cumplir su mandato en situaciones humanitarias, pudiendo ser de gran importancia y apoyo a las capacidades de respuesta gubernamental, acompañándola y fortaleciéndola.

Aplicación potencial:

- La buena práctica de (co-)liderar acciones de coordinación sectorial puede ser aplicada en todos los sectores donde UNICEF tiene un mandato. Si bien los contextos sectoriales son diferentes, las estrategias pueden ser adaptadas según las necesidades de cada sector.

Siguientes pasos:

Si bien la institucionalización de la mesa ya es un hecho a través de la resolución ministerial y el plan de contingencia ASeH en emergencias, existen oportunidades de mejorar ciertos aspectos. Los próximos pasos incluirán:

- Fortalecimiento de la coordinación en gestión de información.
- Actualización de herramientas (formulario EDAN - Evaluación de Daños y Necesidades en Agua y Saneamiento; revisión y actualización de los TdR).
- Actualización del plan de trabajo por resultados ASeH.
- Mapeo de actores:
 - Actualización de la lista de contactos única del sector ASH (red de contactos).
 - Matriz de recursos de preparación, matriz de suministros, disponibilidad de proveedores de suministros.
 - Formulario W4 (Quién hace Qué, Dónde y Cuándo).
- Actualización continua y pruebas del plan de contingencia.
- UNICEF también utilizara la experiencia en la formación y el co-liderazgo en la mesa de ASeH para la formación y fortalecimiento de mesas en otros sectores, específicamente la mesa de nutrición dentro de las acciones y prioridades del componente de programa Supervivencia Infantil y Desarrollo de UNICEF Bolivia.

Bolivia

Herramientas de planificación con enfoque de equidad y apoyo a la planificación de la Gobernación del Departamento de Potosí

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: planificación con enfoque de equidad en sobrevivencia infantil y desarrollo.

País: Bolivia.

Título: Herramientas de planificación con enfoque de equidad y apoyo a la planificación de la Gobernación del Departamento de Potosí.

Enlaces relacionados: N/A

Persona de contacto: Dra. Claudia Vivas Torrealba (cvivas@unicef.org), Jefe Sobrevivencia Infantil y Desarrollo, UNICEF Bolivia.

Resumen:

En UNICEF Bolivia hemos planteado un nuevo enfoque de trabajo, pasando de la provisión de servicios a la asistencia técnica y abogacía. Este cambio apunta a tener un mayor impacto a través de intervenciones costo-efectivas para abordar cuellos de botella, así como para garantizar que las acciones de UNICEF estén mejor alineadas con el proceso de planificación del Gobierno de Bolivia y sus prioridades.

Para ello, desde el componente de Sobrevivencia Infantil y Desarrollo, estamos contribuyendo al desarrollo de capacidades institucionales en el departamento de Potosí, fortaleciendo políticas y programas con equidad, generando evidencia e innovaciones a través de estudios y modelos demostrativos, incluyendo intervenciones costo-efectivas para mejorar la cobertura de intervenciones; mientras abogamos por los derechos de las niñas y los niños no solo

del departamento de Potosí sino de todo el país. Así mismo estamos promoviendo la participación, movilización y el cambio de comportamiento social, con un enfoque intra e intercultural, involucrando a las familias y a las comunidades en la adopción de prácticas saludables, fortaleciendo alianzas estratégicas e integrando un enfoque de género transversal en todas las acciones orientadas a reducir las disparidades.

A través de la implementación de herramientas de planificación con enfoque de equidad como el Presupuesto Marginal para Cuellos de Botella (MBB por sus siglas en inglés - Marginal Budgeting for Bottlenecks) y el Análisis de Cuellos de Botella para Agua, Saneamiento e Higiene (WASH-BAT - Water, Sanitation and Higiene Bottleneck Analysis Tool), hemos logrado:

1. Fortalecimiento de los procesos de planificación en salud materno-infantil, VIH/SIDA, agua, saneamiento, higiene y nutrición utilizando las herramientas MBB y WASH-BAT.
2. Identificación de cuellos de botella en la oferta y demanda de servicios y estrategias para abordarlos.
3. Incidencia en los procesos de planificación a nivel sub nacional.
4. Movilización de recursos del Estado Plurinacional de Bolivia en pro de resultados equitativos para niñas, niños, madres, familias y comunidades bolivianas.

El proceso ha sido largo y ha requerido una visión estratégica, una estrecha colaboración con las autoridades a nivel nacional y sub nacional, así como la generación de capacidades técnicas. Consideramos necesario la generación de herramientas de planificación más amigables y que al mismo tiempo sean lo suficientemente innovadoras para ofrecerle un valor añadido a Bolivia y en general a todos los países de la región, incidiendo de manera efectiva hacia el logro de resultados equitativos para las niñas y niños.

Tema (antecedentes):

El primer año del nuevo programa de cooperación de país entre el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia y UNICEF en 2013, estuvo caracterizado por un crecimiento económico continuo y cambios sociales. En el 2014, el Gobierno de Bolivia lanzó su agenda nacional La Agenda Patriótica 2025, que entre otras cosas propone la universalización del acceso a servicios básicos de salud y la erradicación de la pobreza extrema. Sin embargo, la redistribución de los beneficios del crecimiento económico conti-

núa siendo inadecuada y el país continuó enfrentado desafíos importantes, tales como desigualdades persistentes, la sostenibilidad de los recientes logros sociales y la necesidad de fortalecer las capacidades a nivel nacional y sub nacional.

Adicionalmente, el panorama de la cooperación internacional y bilateral está cambiando, lo cual ha afectado a diferentes niveles la programación de la Oficina de País de UNICEF Bolivia. En este contexto se plantea un nuevo enfoque de trabajo con un cambio significativo en el modelo del programa de país, pasando de la provisión de servicios a la asistencia técnica y abogacía. Este cambio apunta a tener mayor impacto a través de intervenciones costo-efectivas para atacar cuellos de botella, así como permitir que las acciones de UNICEF estén mejor alineadas con el proceso de planificación del Gobierno de Bolivia y sus prioridades.

Estrategia e implementación:

Considerando la situación de los niños y las madres bolivianos, el componente de Supervivencia Infantil y Desarrollo de UNICEF Bolivia, a través de un enfoque integral que garantiza la especificidad de cada sector, busca abordar los cuellos de botella en salud materno infantil, VIH/SIDA, agua, saneamiento, higiene y nutrición y se ha priorizado al Departamento de Potosí para la implementación de herramientas de planificación con enfoque de equidad en pro del logro de mejores resultados para las niñas y los niños bolivianos.

Estamos implementando las siguientes estrategias para acelerar el logro de los Objetivos del Milenio, la Agenda Patriota 2025 y el cumplimiento de los planes departamentales:

- a) Desarrollo de capacidades institucionales a nivel nacional y sub nacional para fortalecer políticas y programas con equidad.
 - b) Creación de evidencia e innovaciones a través de estudios, modelos demostrativos, generación de conocimientos y cooperación sur-sur; incluyendo evidencia en intervenciones costo-efectivas para mejorar cobertura de atención producida con modelaje de costeo e impacto.
 - c) Promoción de la participación, movilización y el cambio de comportamiento social, con un enfoque intra e intercultural, involucrando a las familias y a las comunidades en la adopción de prácticas saludables.
 - d) Fortalecimiento de alianzas estratégicas y relaciones de colaboración.
 - f) Integración de un enfoque de género como transversal de todas las acciones orientadas a reducir las disparidades. El Programa priorizará, en todos sus componentes programáticos, acciones estratégicas para promover el liderazgo de las niñas y las adolescentes.
 - g) Abogacía para el logro de resultados equitativos para las niñas y niños bolivianos.
- Progreso y resultados:**
1. Fortalecimiento de los procesos de planificación en salud materno-infantil, VIH/SIDA y nutrición utilizando las herramientas MBB y WASH-BAT. Incluyendo:
 2. Identificación de cuellos de botella en la oferta y demanda de servicios de salud, relacionadas con 12 acciones trazadoras:
 - a. Lavado de manos.
 - b. Lactancia materna.
 - c. Alimentación mínima requerida.
 - d. Terapia de rehidratación oral.
 - e. Planificación familiar.
 - f. Atención prenatal.
 - g. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.
 - h. Vacunación.
 - i. Parto institucional.
 - j. Atención de las neumonías.
 - k. Atención de la TB.
 - l. Cuidados obstétricos y neonatales.
 3. Identificación de estrategias para abordar cuellos de botella:
 - a. Capacitación de recursos humanos con valor curricular.
 - b. Visita domiciliaria estructurada, dirigida a la supervivencia y desarrollo de la madre, los hijo/as y su familia.
 - c. Fortalecimiento del acceso de embarazadas y sus hijos al Bono Juana Azurduy de Padilla.
 - d. Fortalecimiento y funcionamiento de la Red de Transporte y Comunicación.
 - e. Fortalecimiento de la comunicación interpersonal (entre pares) y la comunicación masiva.
 - f. Seguimiento y monitoreo institucional por niveles al cumplimiento de normas, que pueden ser directas, indirectas y cruzadas.
 4. Elaboración de un modelo matemático para la identificación de eventuales progresos en indicadores de salud, VIH/SIDA y nutrición de aplicarse las estrategias identificadas. Los resultados esperados al año 2018 con su implementación incluyen:

- Reducción de la mortalidad materna en 40 puntos e infantil/neonatal en 20 puntos.
 - Reducción de la desnutrición infantil en 5% y la prevalencia de la anemia en menores de 5 años y mujeres gestantes/puérperas en 15%.
 - Vigilancia y control de la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas transmisibles.
 - Reducción en forma acelerada de la incidencia de enfermedades respiratorias y diarreicas agudas en menores de 5 años.
 - Reducción del embarazo adolescente no planificado en 20%.
 - Comunidad que conoce los factores y contextos de riesgo para enfermedades no transmisibles y otras patologías.
 - Incremento del acceso a servicios de salud de calidad en sus diferentes niveles de gestión y atención, especialmente de población rural dispersa e indígena en el marco de la política SAFCI.
5. Análisis de cuellos de botella en el sector de agua, saneamiento e higiene con amplia participación de actores clave del sector, tanto del nivel nacional, departamental y local: comunidades, Comité de Agua Potable y Saneamiento (CAPyS), organizaciones sociales y agrupaciones de mujeres, funcionarios municipales, departamentales y nacionales, Unidad de Agua Potable y Saneamiento Básico (UNASBA), Servicio Nacional de Apoyo a la Sostenibilidad en Saneamiento Básico (SENASBA), Entidad Prestadora de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario (EPSA), Central Campesina y Bartolina Sisa, entre otros.
 6. Inscripción de fondos por parte del Gobierno Departamental para acciones de salud y nutrición materno-infantil en la Red Rural Potosí.
 7. Elaboración de un plan adicional para la implementación de acciones de control y vigilancia de la prevención de la transmisión madre hijo del VIH y eliminación de la sífilis congénita, que llegará al 100% de municipios del departamento.
 8. Los criterios de análisis y los hallazgos se llevaron a la Cumbre del Agua de Potosí 2013.
 9. Los resultados se emplearon en la planificación municipal de Chaqui, Betanzos, Tacobamba, Vitichi y Puna. Así mismo se costearon las principales actividades para la implementación de las estrategias.
 10. Los hallazgos se están utilizando como base para el Plan de Saneamiento Básico departamental.
 11. Los resultados del análisis WASH-BAT se sistematizaron en una matriz de planificación incluyendo los cuellos de botella, estrategias específicas, responsables y tiempo de ejecución necesario. Concluyendo:
 - a. Liderazgo institucional: no existe una repartición de agua y saneamiento básico a la altura de la problemática del departamento; la unidad de agua y saneamiento básico UNASBA está reducida a una jefatura de una secretaría general.
 - b. Presupuesto y adecuación de los gastos: no se prioriza el tema agua y saneamiento básico con una partida presupuestaria propia en la gobernación y los gobiernos municipales.
 - c. Planificación y visión departamental: no existe un plan departamental de agua y saneamiento básico – Ahora en construcción.
 - d. Análisis de equidad y gestión de información: se requiere un sistema de información departamental, catastro y monitoreo de agua y saneamiento básico actualizado.

- e. Descentralización y asistencia técnica a nivel municipal: no existen planes municipales de agua y saneamiento básico.
 - f. Plan de inversiones: no existe plan de inversión en agua y saneamiento básico.
 - g. Coordinación de las partes interesadas: se requiere mayor coordinación del GAD (Gobierno Autónomo Departamental) con los gobiernos municipales, en el tema de agua y saneamiento básico, dentro de sus planes de desarrollo a corto, mediano y largo plazo.
5. Considerando las capacidades y características de los países relevantes para LACRO, se requieren herramientas que vayan más allá de la identificación de cuellos de botella. La presentación de costos y efectividad a tomadores de decisiones hace más atractivo y útil las herramientas de planificación con enfoque de equidad.

Lección aprendida:

1. La transición en el rol preponderante de UNICEF de provisión de servicios hacia asistencia técnica es posible de manera concertada con autoridades nacionales y locales siempre y cuando se cuente con credibilidad técnica, voluntad política y predisposición al cambio de la manera tradicional de trabajar por parte de contrapartes nacionales y sobretodo del personal de UNICEF.
 2. Es posible tener un enfoque multisectorial integral garantizando la especificidad de cada sector así como áreas transversales.
 3. Es necesario que todas las herramientas UNICEF estén disponible en castellano.
 4. Es necesario fortalecer capacidades técnicas en LACRO para la implementación de herramientas con enfoque de equidad y costo efectividad. Sin embargo, se han desarrollado capacidades a nivel de oficina de país y de contrapartes departamentales. Es necesario contar con asistencia técnica especializada especialmente para herramienta MBB; mayor asistencia técnica por parte de LACRO y HQ hubiese sido beneficiosa.
- La aplicación de herramientas de planificación con enfoque de equidad y apoyo a la planificación ha demostrado ser efectivas a nivel sub-nacional y puede ser replicada en otros departamentos y municipios.
 - Cabe destacar que por la complejidad de los indicadores necesarios para la aplicación del MBB, su implementación a nivel municipal podría ser limitado; se recomienda utilizarla a nivel departamental y con esto nutrir la planificación municipal.
 - WASH BAT es una herramienta amigable y fácilmente adaptable a nivel nacional, departamental y municipal, sin embargo no genera costeo de actividades ni información más contundente para tomadores de decisiones.
 - Ambas herramientas tienen pros y contras, lo importante es analizar su valor añadido dentro de los procesos de planificación ya establecidos en la entidad correspondiente, adaptarlos y decidir acerca de su uso dependiendo de las necesidades.

Aplicación potencial:

Siguientes pasos:

- Seguiremos a la gobernación de Potosí en el monitoreo y la evaluación de la implementación de los resultados de las herramientas MBB y WASH-BAT.

- Acompañaremos el proceso de planificación a nivel municipal, con aportes de los resultados a nivel departamental basados en el análisis de cuello de botella. Así mismo, UNICEF monitoreará la implementación de las recomendaciones WASH-BAT en Potosí.
- Implementaremos la herramienta WASH-BAT en otros departamentos prioritarios y eventualmente a nivel nacional con énfasis en saneamiento.
- La implementación de MBB en otros departamentos en 2015 dependerá de la disponibilidad de herramientas más amigables desarrolladas por UNICEF. Será indispensable la capacitación de personal de UNICEF y contrapartes en nuevas herramientas.
- Presentaremos y discutiremos el proceso y los resultados de la aplicación de herramientas de planificación con enfoque de equidad con otros sectores de UNICEF Bolivia, para la aplicación de lecciones aprendidas e integración de enfoques en el proceso de cambio, en miras a la revisión de medio término del plan de país de UNICEF Bolivia.
- Utilizaremos los resultados de la implementación de herramientas de planificación con enfoque de equidad para continuar la abogacía y acelerar el alcance de logros equitativos para niñas, niños, madres, familias y comunidades bolivianas.

Chile

Paternidad activa para padres y/o cuidadores hombres en el marco de la atención en el sistema público de salud

Categoría: lección aprendida.

Área de enfoque o estrategia transversal: perspectiva de género en la primera infancia:
Paternidad activa y corresponsabilidad en las tareas domésticas.

País: Chile.

Título: Paternidad activa para padres y/o cuidadores hombres en el marco de la atención en el sistema público de salud.

Enlaces relacionados:

<http://www.crececontigo.gob.cl/>

<http://www.culturasalud.cl/2014/12/nueva-guia-de-paternidad-activa-para.html>

<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2014/02/guia-paternidad-activa-y-corresponsabilidad-de-la-crianza.pdf>

<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2014/02/afiche-paternidad-activa.pdf>

<http://www.crececontigo.gob.cl/empapate/>

Persona de contacto: Patricia Núñez (pnunez@unicef.org), Consultora Desarrollo Infantil Temprano, UNICEF Chile. Teresa Muro (tmuro@unicef.org), Asistente de Programas, UNICEF Chile.

Resumen:

En el marco del Subsistema de Protección a la Primera Infancia “Chile Crece Contigo”, y en colaboración con UNICEF, se ha definido como una línea de trabajo relevante el apoyo a acciones orientadas a fomentar la Paternidad Activa y la Corresponsabilidad en las tareas domésticas y en el cuidado y crianza de los niños y niñas.

Este interés radica en la necesidad de avanzar como país en dinámicas familiares y estilos de crianza que incorporen al padre y a los hombres en las tareas de cuidado y protección de los niños y niñas. Esta necesidad es especialmente crítica en un país como Chile donde los estudios y cifras indican que hay importantes inequidades de género que, entre otros aspectos, se reflejan fuertemente en la distribución

desigual de las tareas domésticas y del cuidado infantil, lo que tiene importantes repercusiones en la Primera Infancia.

Es por eso que UNICEF en conjunto con la Fundación Cultura Salud/EME y el Ministerio de Salud han buscado incidir en la incorporación de un enfoque de paternidad activa y corresponsabilidad en el cuidado y crianza de los niños y niñas. Esto se ha llevado a cabo mediante distintas líneas de acción, como por ejemplo la elaboración, con el apoyo de UNICEF, de una guía y un afiche de paternidad activa para entregarse a los padres y cuidadores hombres que asisten al sistema de salud, y que incluyen información relevante y práctica para los hombres que están por ser padres, así como para los que ya lo son o aquellos que trabajan y cuidan niños/as en primera infancia y familias que están criando.

Tema (antecedentes):

Chile presenta importantes inequidades de género, que entre otros aspectos, se reflejan fuertemente en la distribución desigual de las tareas domésticas y del cuidado infantil. Esto tiene importantes repercusiones en la primera infancia. En Chile los hombres en promedio realizan un 29% del trabajo doméstico no remunerado mientras que las mujeres un 71% (INE, 2009)¹. Por otra parte, un 63,7% de los padres y un 80% de las madres manifiestan que el cuidado diario de los hijos/as lo realiza siempre o usualmente la madre (Encuesta IMAGES, 2011)². Si

a esto se le suma que de los hogares monoparentales (hogares con hijo(s), sin cónyuge o conviviente) un 88,7% está a cargo de una mujer (CASEN 2011)³, estamos frente a un escenario donde predomina una figura paterna más bien ausente de las tareas domésticas, y el cuidado y crianza de los niños/as.

La evidencia de estudios longitudinales (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid y Bremberg, 2008)⁴ confirma que aquellos niñas/os que tuvieron un padre involucrado es más probable que cuenten con un mejor desarrollo en diversas áreas, tales como: rendimiento escolar, resultados en escalas de desarrollo cognitivo, menor estrés en la adultez, menores problemas conductuales y conflictos con la ley, entre otros. Cuando los padres tienen una presencia de calidad en la vida de sus hijas/os estos tienden a desarrollarse mejor en diversas áreas, tales como su salud física y mental, motivación al estudio, rendimiento académico, desarrollo cognitivo y habilidades sociales, mayor autoestima, menos problemas de conducta y mayor tolerancia al estrés, entre otras (Allen y Daly, 2007; Barker, 2003; Nock y Einolf, 2008; Sarkadi et al, 2008)⁵.

Avanzar hacia una paternidad activa y co-responsabilidad en el cuidado infantil es un aporte fundamental a la equidad de género, al desarrollo infantil y un avance para mejorar la calidad de vida familiar y las condiciones para el cuidado.

¹ Instituto Nacional de Estadísticas, *Encuesta sobre el Uso de Tiempo en la Región Metropolitana*, Santiago, Chile, 2009.

² Aguayo, F., Correa, P., Cristi, P., *Encuesta IMAGES Chile. Resultados de la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género*, CulturaSalud/EME, Santiago, Chile, 2011.

³ Ministerio de Desarrollo Social, *Encuesta de Caracterización Socioeconómica*, Santiago, Chile, 2011.

⁴ Uppsala University, *Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies*, Uppsala University, Department of Women's and Children's Health, Uppsala, Sweden, 2008.

⁵ Aguayo, F., y Kimelman, E., *Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y la crianza de los niños*, Gobierno de Chile, Programa Crece Contigo, Santiago, Chile, 2012. (Citado en Paternidad Activa).

Estrategia e implementación:

Dentro del marco descrito anteriormente, la estrategia de trabajo que se ha llevado a cabo dentro del sector salud ha sido la de incorporar la temática de Paternidad Activa y Corresponsabilidad a través de las siguientes acciones:

- Revisión de los materiales que entrega el Sistema de Protección a la Primera Infancia “Chile Crece Contigo” a las familias, velando por la inclusión de textos e imágenes donde se muestren padres hombres en funciones de cuidado y crianza. A raíz de este proceso de revisión se han ido mejorando y actualizando los materiales progresivamente.
- Inclusión de indicadores en los servicios de salud acerca de la participación de los padres durante el proceso de desarrollo de niñas y niños, tales como la presencia en los controles prenatales, en el parto, en los controles de salud del niño/a de 0 a 4 años, y en talleres de habilidades parentales.
- Realización de una campaña de promoción de la Paternidad Activa denominada “Empápate” (<http://www.crececontigo.cl/empapate/>), la cual busca que los hombres se involucren más en las tareas de cuidado y crianza de sus hijos e hijas.
- Video conferencias organizadas por MINSAL sobre Paternidad Activa para los equipos de salud a lo largo del país.
- Jornadas macro zonales sobre paternidad activa con equipos de salud a lo largo del país.
- Desarrollo de un estudio sobre Paternidad en el Sistema de Salud (CulturaSalud, 2012)⁶ que tuvo como propósito sistematizar las prácticas, avances y obstáculos de la relación entre los prestadores de los servicios de salud del Sistema

Chile Crece Contigo y los padres hombres, a manera de conocer cómo se está trabajando hacia la paternidad activa y generar iniciativas y orientaciones para avanzar en ello.

- Elaboración de una guía y un afiche plegable elaborados para padres y cuidadores hombres que se vinculan con el sistema de salud público. El objetivo de este material fue entregar información relevante respecto al ejercicio de una paternidad activa y corresponsable desde el inicio de la vida de los niños y niñas (apoyado por UNICEF).

Los principales temas que se abordaron en el material fueron:

- o Cómo apoyar a los niños/as en cada etapa de su desarrollo.
- o Cómo acompañar y apoyar a la pareja o madre de los niños/as en el embarazo y puerperio.
- o Qué apoyos e instituciones pueden ayudar en el ejercicio de una paternidad activa.
- o Consejos y tips para ser un padre o cuidador presente, activo y potenciador de la salud integral de tu familia.

Este material fue acompañado de una guía para los profesionales de la salud, con indicaciones sobre cómo trabajar la Guía y Afiche para Padres en el contexto de la atención de salud, y también con información útil en cuanto a la realidad nacional en la distribución de roles de género relacionados con el cuidado y la crianza (http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/2012-11-22-Guia-Paternidad-activa-final_WEB.PDF).

⁶ Aguayo, F., Kimelman, E. y Correa, P., *Estudio sobre la Participación de los Padres en el Sistema Público de Salud de Chile. Informe Final*, CulturaSalud/MINSAL, Santiago, Chile, 2012.

Progreso y resultados:

- El proceso descrito se enmarca en la implementación de “Chile Crece Contigo”, por lo que no se cuenta con una evaluación de impacto particular para la línea de Paternidad Activa.
- No obstante, dentro del estudio sobre Paternidad en el Sistema de Salud del 2012 (<http://www.eme.cl/estudio-de-paternidad-en-prestaciones-de-salud-chcc/>) hay diversas preguntas orientadas a profesionales de la salud y a padres respecto a la temática, constituyéndose como una importante línea base para futuras comparaciones y análisis del impacto de las acciones descritas.
- En dicho estudio se encontró que existen barreras de diverso orden para promover la paternidad activa. Algunas culturales, presentes tanto en los usuarios como en los prestadores, pues muchos consideran aún que el cuidado es una responsabilidad de las mujeres; los horarios de trabajo y los horarios de las prestaciones; otras relacionadas con la falta de orientaciones, capacitaciones y materiales en este tema al interior del sistema.
- Se encontró también que en Chile los padres participan fuertemente en dos momentos: el parto y las ecografías lo que demuestra un avance y abre oportunidades de intervención. Sin embargo, se precisa de acciones para lograr una mayor participación en los controles de salud y talleres (prenatales y de habilidades parentales), entre otras prestaciones.

Lección aprendida:

- El trabajo en Paternidad Activa y Corresponsabilidad en las tareas domésticas y de cuidado infantil, se enmarca como una línea de trabajo del Subsistema de Protección a la Primera Infancia “Chile Crece Contigo” en colaboración con UNICEF. Este interés radica en la necesidad de avanzar como país en dinámicas familiares y

estilos de crianza que incorporen al padre y a los hombres en las tareas de cuidado y protección de los niños y niñas, en un país como Chile donde los estudios y cifras indican que hay importantes inequidades de género, lo que tiene importantes repercusiones en la Primera Infancia.

- La iniciativa comprende un conjunto de acciones dentro del ámbito de la atención en salud, desde la gestación hasta los 4 años de edad para los niños/as que pertenecen a “Chile Crece Contigo”, que han buscado incidir en la incorporación de los padres hombres en el proceso de desarrollo, crecimiento y cuidado de sus hijos/as. Estas acciones incluyen desde el trabajo con los equipos de salud para que favorezcan la incorporación de los padres en las atenciones (en los controles de salud y atención al parto principalmente), como el desarrollo de material educativo para ser entregado y trabajado con las familias que se atienden en el sistema.
- Este trabajo ha permitido instalar la temática como una línea de acción relevante en el marco de las políticas públicas o programas que se trabajan con familias. A partir de este tipo de experiencias otras instituciones han solicitado a UNICEF su colaboración y asistencia técnica para revisar sus materiales en miras de incorporar un enfoque de Paternidad Activa (como el Fondo de Solidaridad e Inversión Social FOSIS), y también se han definido capacitaciones para equipos de educadores/as en el ámbito de la educación parvularia (como con la Fundación Hogar de Cristo).

Aplicación potencial:

- El enfoque de Paternidad Activa y Corresponsabilidad en las tareas domésticas debiera estar presente en cualquier acción que se desarrolle en torno a las familias y el proceso de crianza y cuidado de los niños/as, desde la

primera infancia. Sobre todo en un contexto como el latinoamericano donde persisten importantes desigualdades de género y diferenciación de roles a la hora de cuidar y criar a los niños/as.

- Generalmente son las mujeres quienes desarrollan las tareas de cuidado, crianza, y las labores domésticas, teniendo esto importantes consecuencias en cuando a los modelos culturales de género que aprenden los niños/as, la generación de dinámicas violentas, así como la dificultad de las mujeres de acceder a posibilidades laborales y de desarrollo personal. Por otra parte, estos modelos culturales donde el hombre queda excluido de las responsabilidades en cuanto a la paternidad, inciden negativamente en ellos quedando limitados al rol de proveedores o de responsables de la disciplina de los niños/as, reproduciendo modelos desiguales de género y dinámicas violentas.
- El trabajo en Paternidad Activa implica modificar estructuras de género y pautas culturales ampliamente arraigadas, por lo que se trata de un trabajo de largo aliento, pero que puede dar importantes frutos en cuanto al desarrollo infantil y a la contribución a generar sociedades más equitativas. Creemos que es importante asumir este desafío considerando:
 - o Se debe incidir desde diversas instancias: incorporar el enfoque en las políticas y programas que trabajen con familias, revisar materiales existentes y proponer nuevos materiales para ser entregados a las familias, capacitar a los equipos de salud y/o educación que trabajan con las familias, revisar el acceso a las prestaciones desde este enfoque (horarios de atención, visitas en hospitales, participación del padre en el parto, etc.), realizar campañas comunicacionales, incidir en el tipo de publicidad que existe actualmente, por mencionar los principales.

- o Es importante contar con el apoyo de expertos/as en estas temáticas: en el caso chileno se contó con el apoyo y soporte técnico de la Fundación CulturaSalud, quienes han ido preparando nuevos profesionales y a los equipos mediante capacitaciones.
- o Se debe tener en cuenta el interés superior del niño y la importancia del tema para el desarrollo infantil: no es solo una cuestión de equidad de género o posibilidades de desarrollo de las mujeres, sino que tiene una fuerte incidencia en el desarrollo de los niños/as, en su proceso de aprendizaje y en la conformación de vínculos emocionales saludables.
- o Es necesario realizar estudios sobre la temática: de esta forma se podrá contar con información adecuada que permita orientar las acciones, así como medir su impacto.

Siguientes pasos:

- Para el 2015 se tiene previsto capacitar a profesionales del área de la educación, con el fin de incorporar este enfoque en los distintos ámbitos con los que los niño/as y sus familias interactúan.
- Uno de los principales desafíos es contar con indicadores o estudios que permitan medir adecuadamente el impacto que cada una de las acciones desarrolladas van teniendo en la incorporación de los padres o cuidadores varones en el proceso de cuidado y crianza de los niños/as.
- Otro desafío importante es el de incidir con este tema en el ámbito de las comunicaciones y la publicidad, donde persisten representaciones de modelos familiares en el que son las mujeres prácticamente las únicas responsables del cuidado y desarrollo infantil. Esta es una línea de trabajo que se puede trabajar en el marco de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE).



Colombia

Modelo de cuidado integral intercultural de la primera infancia indígena Wayuu-La Guajira

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: empoderamiento de las comunidades indígenas para el desarrollo integral infantil.

País: Colombia.

Título: Modelo de cuidado integral intercultural de la primera infancia indígena Wayuu – La Guajira.

Enlaces relacionados: N/A

Persona de contacto: Luz Angela Artunduaga (laartunduaga@unicef.org), Especialista de Supervivencia y Desarrollo Infantil, UNICEF Colombia. Ruth Consuelo Chaparro (ruth.chaparro@fucaicolombia.org), Fucai Colombia.

Resumen:

La iniciativa surge por el trabajo que viene desarrollando UNICEF Colombia en la región de La Guajira, como territorio priorizado debido a que los indica-

dores de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna y desnutrición crónica son muy superiores al promedio nacional:

Región	RMM (SISPRO 2011)	Mortalidad infantil (SISPRO 2011)	Mortalidad neonatal (ENDS 2012)	DNT crónica (ENSIN 2010)
La Guajira	165,67	32,05	19	27,9
Nacional	68,82	17,78	12	13,2

Igualmente un análisis de los determinantes tanto de entorno, oferta y demanda, evidenció que hay serias dificultades que obstaculizan la garantía de los derechos de la infancia.

El proceso se centra en la construcción de un modelo de cuidado integral intercultural de la primera

infancia indígena wayuu. A través de un trabajo directo de formación de cuidadores de niñas y niños menores de siete años, con el fin de garantizar el goce pleno de sus derechos.

Esta experiencia es importante por el empoderamiento logrado con las comunidades indígenas, el

cual es sostenible en la medida en que el proceso es apropiado por la comunidad, se ven los resultados positivos en la infancia y además puede ser replicable en otras comunidades.

Tema (antecedentes):

La estrategia Nacional “De Cero a Siempre” reconoce para la atención integral a la primera infancia los componentes de salud, nutrición, educación inicial, cuidado, desarrollo y protección de la niñez. Está dirigida a los niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años 11 meses de edad. La estrategia propuesta en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) reconoce “que no es posible modificar las condiciones de vida de los niños menores de 6 años sin modificar el contexto familiar, y en este sentido considera a la familia como grupo prioritario hacia el cual se dirigen acciones de fortalecimiento y desarrollo de sus capacidades de afecto, cuidado, protección y desarrollo” (PND, pág. 254). La estrategia se propone consolidar esquemas integrales de atención con calidad y por medio del actual proyecto se pretende elaborar un modelo con enfoque diferencial en este sentido.

En Colombia hay una política clara diferenciada para los grupos étnicos. El actual Estado social de derecho en concordancia con el Estado multicultural y pluriétnico, ha venido generando, en diálogo con los grupos étnicos, el fortalecimiento de las diferencias étnicas y culturales valiosas. La ley 1098 de 2006, reitera el reconocimiento constitucional por la diferencia de los derechos. Es desde esta perspectiva, que debe ser entendida la protección integral diferenciada, como una política pública que guíe decisiones actuales y futuras a favor de los

intereses de estos colectivos humanos desde sus particularidades.¹

Los pueblos indígenas en Colombia han experimentado discriminación y exclusión. Esto se evidencia a través de las altas tasas de mortalidad derivadas de la maternidad, de mortalidad de recién nacidos y de mortalidad infantil elevadas, las tasas de vacunación son reducidas, los bajos niveles educativos, las tasas de escolarización reducidas y tasas de repetición y abandono escolar elevadas. El registro de los nacimientos, que es la primera medida para obtener una identidad jurídica y poder optar a una nacionalidad, suele ser más reducido entre los grupos indígenas.

El inicio de este trabajo intercultural para la primera infancia requiere conocer y reconocer las prácticas culturales propias de cuidado que son favorables para el desarrollo de la niñez. Este trabajo es fundamental si reconocemos que la crianza es un proceso de socialización que consiste en la distribución, transmisión y adquisición de la cultura y que su preservación y fortalecimiento es fundamental para la primera infancia.

Estrategia e implementación:

La propuesta de cuidado integral intercultural de la primera infancia indígena Wayuu contempla múltiples resultados en la búsqueda de lograr que efectivamente su primera infancia goce de un desarrollo integral con base en su cultura y costumbres y desde todas las dimensiones y posibilidades. Se busca por lo tanto fortalecer los entornos de la primera infancia para que la integralidad del desarrollo infantil sea una realidad.

¹ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), *Marco general orientaciones de política pública y lineamientos técnicos de atención diferenciada en materia de familia, infancia y adolescencia de grupos étnicos*, Bogotá, Colombia, 2007.

Se planteó como estrategia en el desarrollo del proyecto la necesidad de establecer un diálogo intercultural, sobre la base del reconocimiento de los derechos de los grupos étnicos y sus organizaciones, el conocimiento y la investigación de sus tradiciones culturales, sus modelos de desarrollo, sus concepciones del mundo y sus maneras de proceder frente a distintas problemáticas.

Aspectos metodológicos a resaltar:

1. Conocer y reconocer las prácticas culturales propias de cuidado que son favorables para su desarrollo.
2. Diálogo constante de saberes y acercamientos a las comunidades.
3. Trabajo integrado con las instituciones presentes en el territorio para mejorar su desarrollo.
4. El eje articulador fue el Ayaawataa: "Encontrar-observar-ver-reconocer-actuar"; el cual permite establecer el:
 - a. Plan de formación a las comunidades, agentes educativos y autoridades indígenas.
 - b. Las rutas de cuidado de la primera infancia.
 - c. Fortalecer la capacidad de empoderamiento y abogacía de las autoridades indígenas, como mecanismo para incidir y abogar ante las autoridades por respuestas del Estado frente a la garantía de los derechos de la infancia.

La selección de las comunidades se hizo de manera participativa entre autoridades del gobierno e indígenas. Con las comunidades seleccionadas, se empezó a buscar la información más actualizada posible, sin embargo, en general ninguno de los municipios tenía datos.

El proceso desarrollado ha contado con el siguiente equipo de trabajo:

- a) Profesionales del socio implementador con experiencia de trabajo con comunidades

indígenas, quienes han sido los encargados del liderazgo y organización de las actividades relacionadas con el levantamiento de información primaria, la construcción del Ayaawataa, la capacitación, el apoyo al seguimiento de las rutas y el apoyo en la abogacía ante las autoridades de gobierno.

- b) Técnicos locales bilingües. Coordinadores de promotores con experiencia en las comunidades, quienes además de ser el enlace local en el municipio, hacen las veces de intérprete y garante de la realización y seguimiento continuo de las actividades en cada comunidad.
- c) Promotoras de familia. Cada comunidad cuenta con una promotora de familia, encargadas de dar continuidad y complementación a las actividades realizadas durante los talleres zonales y comunitarios.

Progreso y resultados:

El proceso se ha llevado a cabo en rancherías - 11 comunidades indígenas de la zona rural del municipio de Manaure, con la participación de 224 familias, 1.345 integrantes, 372 niñas y niños menores de 7 años, 40 autoridades ancestrales y gobiernos locales, departamentales y nacionales.

La inversión durante el proceso que se reporta (dos años) corresponde a \$COL 829'129.409, el costo por familia año es de \$COL 1'850.735. Con esta inversión, se logró un cambio significativo en lo que tiene que ver con la garantía de derechos de la primera infancia, a partir de la gestión propia de las comunidades. Se contribuyó en la disminución del número de casos de muertes infantiles de 13 en el 2012 a 2 en el 2013, la desnutrición disminuyó de 5,4% a 3,7%, siendo visible la mejoría de los niños y niñas menores de 5 años. Así mismo por medio de la gestión con la Registraduría Nacional se logró que

el 95% de la población de las once comunidades cuenta con su documento de identidad, al inicio del proyecto tan solo el 60% de la población contaba con su documento. Aún queda pendiente por resolver el tema de doble identificación que afecta tanto a adultos como a niños. El tema de agua potable se ha resuelto temporalmente con el suministro de agua en carro tanques, actualmente las once comunidades reciben agua permanente gracias a la gestión realizada ante el viceministerio de agua, quien asignó un carro tanque de 7.000 litros para cada comunidad cada 10 días.

Los logros mencionados se deben a un acompañamiento permanente a las comunidades y éste se refleja en el documento de la presentación metodológica de los procesos implementados. Igualmente, las comunidades se apropiaron de los conocimientos recibidos y reforzaron los que ya venían practicando con la crianza de las niñas y niños.

Es importante resaltar otros resultados que pasan por la visibilidad que el niño ha logrado alcanzar, especialmente en la figura paterna, reforzando pautas de crianza y el rol que le corresponde al padre en la propia crianza. Así mismo unas comunidades con mayores conocimientos, más seguras y protegiendo a sus niñas y niños desde su propio espacio.

Con las autoridades el proceso de acercamiento y capacitación ha generado unas autoridades más empoderadas y capaces de exigir sus derechos y así mejorar las condiciones de vida y desarrollo infantil en estas comunidades indígenas.

Lección aprendida:

- Hay que saber cómo es que se llega al grupo con el cual se va a trabajar, el "Ayaawataa" fue el mecanismo que permitió la visibilización de

los niños, sin ser foráneo, con elementos de su propia cultura.

- Así como hay que partir de la situación y necesidades de la infancia, y pese a la pobreza extrema, los grupos humanos tienen una fuerza de vida que permitió avanzar. Todo proceso debe considerar dos cosas: las condiciones culturales como determinante y dentro de ésta la fuerza vital.
- Finalmente es necesario anotar que la construcción de procesos sostenibles con cambios significativos en las prácticas de las comunidades, de cuidadores, de padres y de autoridades indígenas hacia la calidad de vida de la primera infancia se sustenta solo en procesos de largo plazo, de respeto y trabajo participativo y compartido.

Aplicación potencial:

- Lo que se rescata de esta experiencia es el proceso metodológico de trabajo con poblaciones indígenas, el cual se puede replicar en otras comunidades indígenas del país, teniendo en cuenta que el observatorio "Ayaawataa" será diseñado de manera específica, pues cada comunidad indígena tiene sus propias formas de expresión.
- Esta estrategia tiene un gran potencial como una herramienta de visibilización y seguimiento desde el entorno familiar y comunitario.

Algunos aspectos a considerar al escalar la experiencia son:

- El conocimiento claro de las características culturales respecto al cuidado y crianza.
- Las dinámicas de participación y toma de decisiones familiares y comunitarias.
- La capacidad colectiva de las comunidades de generar cambios internamente.

Siguientes pasos:

Como los resultados son tan notorios respecto a la calidad de vida de las niñas y niños menores de cinco años y que el mayor esfuerzo está colocado en la dinámica familiar y comunitaria, el paso más importante a dar será:

- Realizar la abogacía en el departamento de La Guajira para que este modelo sea apropiado en todo el departamento.
- Lograr que en lo posible el 100% de las comunidades indígenas puedan tener acceso a estas dinámicas de trabajo.



Colombia

Fortalecimiento de capacidades locales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la primera infancia en seis departamentos y catorce municipios colombianos

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: construcción de capacidades institucionales locales en salud y nutrición materno-infantil.

País: Colombia.

Título: Fortalecimiento de capacidades locales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la primera infancia en seis departamentos y catorce municipios colombianos.

Enlaces relacionados: Enlaces donde se encuentra la caja de herramientas producto de este proceso:

<http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/parto/>

<http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/>

<http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/mildias/>

Persona de contacto: Luz Angela Artunduaga (laartunduaga@unicef.org), Especialista de Supervivencia y Desarrollo Infantil, UNICEF Colombia. Pablo Montoya Chica (pmontoya@sinergiasong.org), Director General de Sinergias.

Resumen:

La implementación de un proceso metodológico con enfoque sistémico que involucra la participación permanente de los principales actores en la atención a la población materno-infantil a nivel territorial ha cambiado positivamente la dinámica de los procesos institucionales de salud en las entidades territoriales donde se implementa este proyecto. La participación de las direcciones territoriales de salud, instituciones prestadoras de servicios e instituciones aseguradoras de salud es un requisito en las dos fases definidas para la implementación del proyecto.

El proceso inicia con la elaboración de un diagnóstico municipal sobre la situación de salud de la población materno-infantil y de la capacidad de respuesta y organización de todas las instituciones municipales para enfrentar la problemática. Este diagnóstico sirve para establecer prioridades de acción que se consignan en un plan de mejoramiento municipal que se monitorea periódicamente. Las prioridades establecidas en dicho plan también se usan para el desarrollo de una agenda de procesos de capacitación al personal clínico y de gestión, de

tal manera que se refuerzan las capacidades locales a la medida de las necesidades que se identifican en cada territorio.

Adicionalmente, el proceso propende por el fortalecimiento de los procesos de monitoreo y evaluación en las instituciones prestadoras de servicios para los programas de control prenatal, crecimiento y desarrollo y para la atención del parto y del recién nacido; se realizan evaluaciones trimestrales de indicadores clave de estos servicios que se usan para la generación de acciones de mejoramiento continuo.

Los resultados del proyecto han sido positivos, se ha evidenciado mejoría significativa en todos los indicadores monitoreados.

Esta práctica está siendo implementada en 6 departamentos y 14 municipios colombianos, siendo estos:

- Bolívar: Arjona, Magangué, Mahates
- Cauca: Buenos Aires, Santander de Quilichao y Suárez
- Córdoba: Montelíbano y Puerto Libertador
- La Guajira: Dibulla y Manaure
- Putumayo: Orito y Puerto Guzmán
- Chocó: Quibdó e Istmina

Tema (antecedentes):

La salud materno-infantil es una prioridad mundial y un inaplazable para los países en desarrollo. En el año 2000, Colombia se comprometió dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95% para DPT y triple viral y disminuir la tasa de mortalidad infantil (TMI) a menos de 14 muertes

de menores de 1 año por mil nacidos vivos (ODM4), a reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 45 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (ODM5), así como lograr una reducción de la transmisión materno infantil del VIH a menos de 2% (ODM6). Aunque el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 140/2011 ajustó algunas de las metas, la realidad es que los datos disponibles del Ministerio de Salud indican que es difícil que se alcancen las metas esperadas para el año 2015.

En 2012, Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (SINERGIAS) en asociación con UNICEF, UNFPA y el Ministerio de Salud realizaron en 20 departamentos la investigación “seguimiento a casos expuestos a la transmisión materno infantil del VIH y evaluación de la calidad del control prenatal”. Se examinaron 2.651 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente de las Instituciones Prestadoras de Salud con mayor número de casos, con el fin de tener una muestra representativa y se buscó identificar en ellas el registro de las principales actividades¹ que la evidencia científica ha mostrado que son útiles para disminuir la mortalidad materna y perinatal. Es de destacar, que todas estas actividades (con excepción del tamizaje de toxoplasmosis) están incluidas en la norma técnica de la resolución 412/00, la cual es de obligatorio cumplimiento en el país. Del total de historias clínicas revisadas, sólo el 1% cumplían con las actividades de la Resolución 412/00. Eliminando incluso todas las actividades educativas y el tamizaje de citología (asumiendo que se habían hecho pero no se habían registrado), el porcentaje de historias clínicas con un control prenatal básico era del 21%. Así mismo fue muy preocupante que la actividad que se realizó con

¹ Actividades: anamnesis, exámenes clínicos, paraclínicos básicos y completos, tamizaje de infecciosas, acciones básicas y completas de promoción y prevención, tamizaje de VIH.

mayor frecuencia, la anamnesis (o entrevista), solo se identificó en el 60% de las historias clínicas. Ante estos hallazgos, UNICEF y SINERGIAS desarrollaron el proyecto de mejoramiento de la calidad de la atención en los primeros mil días de vida, centrando sus esfuerzos en mejorar el cuidado de las mujeres durante la gestación, parto y puerperio, y la atención de niñas y niños en sus dos primeros años de vida.

Estrategia e implementación:

La estrategia propuesta para lograr el mejoramiento de la calidad de la atención, se enmarca en un periodo de 36 meses por departamento, distribuidos en tres fases, así:

Fase 1 – Municipal. Inicia con la autoevaluación conjunta de la situación de la atención materno infantil en el municipio y la construcción de un plan de mejoramiento municipal que involucra a todos los actores (organismos de control, empresas aseguradoras y prestadores de servicios) en el desarrollo de acciones claras, medibles y limitadas en el tiempo. Así mismo se incluyen procesos institucionales, como la revisión y ajuste de las competencias del personal, modelos y redes de atención, procesos de monitoreo y evaluación y la toma de decisiones territoriales. El trabajo continúa con procesos periódicos de capacitación a los equipos de salud en los temas de atención a gestantes niñas y niños y al personal administrativo en temas de mejoramiento continuo de la calidad. De forma paralela se realiza periódicamente la evaluación de indicadores a través de la revisión de los distintos instrumentos enunciados anteriormente. Esta fase tiene una duración de 18 meses.

Fase 2 – De Transición. Se desarrolla entre los 3 y 6 meses siguientes y en ésta se continua el fortale-

cimiento de la atención materno-infantil en instituciones municipales, se realiza asesoría técnica a las secretarías de salud departamentales para la actualización de los procesos y procedimientos, para la transferencia de conocimientos y responsabilidades a los diversos actores en lo referente a la gestión de las acciones del proyecto en el municipio para garantizar su sostenibilidad bajo el liderazgo de las instituciones locales y se inicia la elaboración de un plan de mejoramiento departamental con la medición de otros estándares. Es de aclarar que el tiempo está determinado por el avance en los municipios priorizados en el proyecto.

Fase 3 – De Expansión. Durante un período de 12 a 15 meses, se dirigen las acciones a la implementación progresiva de la estrategia en otros municipios priorizados por la Dirección de Salud Departamental (máximo 3), propendiendo por una adecuada ampliación territorial. Las direcciones departamentales serán las encargadas de liderar este proceso de expansión y contarán con el apoyo técnico del equipo de SINERGIAS. Durante este periodo, el personal de apoyo permanente contratado por SINERGIAS tendrá como base el departamento y dará apoyos puntuales al proceso en el nivel municipal.

El proyecto presenta varios elementos innovadores que han sido claves para obtener resultados positivos.

1. Enfoque sistémico basado en las necesidades sentidas:

Se parte de reconocer que todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS responsables de la atención de gestantes, niñas y niños son un sistema único que se agrupa en torno a un fin: el bienestar del binomio madre-hijo. Este planteamiento busca superar las acusaciones mutuas y la falta de apropiación del tema. Una vez reunidos durante la primera

visita se trabaja en construir el estado actual del municipio en cuanto a la salud materno infantil, basándose en una autoevaluación fundada en el análisis de estándares derivados del Sistema Único de Acreditación, Habilitación y las normas técnicas de la Resolución 412 del año 2000 para la atención materno infantil. Una vez hecha esta auto evaluación, se establecen prioridades y se construye un plan de mejoramiento en el cual todos los actores participan y son responsables de una o varias acciones de mejora.

2. Acompañamiento constante en terreno y asistencia técnica permanente con encuentros regulares:

Una de las dificultades que se han observado en los municipios es lograr que los responsables de la atención del binomio madre-hijo trabajen juntos. Es por ello que el proyecto contempla una persona (enfermera/o) con experiencia de trabajo en el municipio la cual acompaña permanentemente la implementación de las acciones de mejora y funciona como vínculo de comunicación entre los actores, facilitándoles información técnica, explicaciones y apoyo cuando se presenta alguna dificultad. Este personal de enfermería está a su vez apoyado por el equipo multidisciplinario de Sinergias constituido por los siguientes profesionales: ginecóloga, experto en calidad, salubrista público, enfermera con especialidad en salud sexual y reproductiva. Este equipo está atento a las necesidades técnicas pero también a las dificultades operativas y de comunicación que se puedan presentar. De manera conjunta se desplaza a cada uno de los municipios bimensualmente durante los 6 primeros meses y luego trimestralmente durante el año siguiente. En la primera visita se construye la autoevaluación y el plan de mejora y en la segunda y tercera se brindan procesos de

capacitación a los equipos de salud y al personal administrativo.

3. Retroalimentación periódica de los hallazgos como insumo para los ajustes en terreno:

El proyecto establece encuentros de seguimiento mensual o bimensual del plan de mejoramiento, en el cual los diferentes actores evalúan los avances y dificultades que se han presentado y presentan alternativas de ajuste, de manera que se puedan realizar las acciones que se habían establecido conjuntamente. Por otro lado, trimestralmente se realiza una evaluación de la calidad de la atención materno infantil utilizando los siguientes instrumentos:

- Revisión de historias clínicas de control prenatal, atención de parto y consulta de crecimiento y desarrollo, seleccionando aleatoriamente una muestra representativa del número de consultas de cada uno de esos programas ocurridas el mes inmediatamente anterior.
- Encuestas de satisfacción a gestantes, puérperas y cuidadores de niñas y niños de 2 años o menos que asisten a las consultas respectivas, evaluando su percepción de la calidad de la atención.
- Lista de chequeo en las IPS que realizan consulta prenatal, atención de parto y consultas de crecimiento y desarrollo, evaluando si cuentan con los equipos e insumos mínimos necesarios para la prestación de tales servicios.

La información recolectada en estos instrumentos es analizada y socializada con los actores. En las visitas técnicas se presenta en reunión y se analiza en conjunto.

Progreso y resultados:

Son de resaltar el proceso de autoevaluación y la formulación e implementación de los planes de mejoramiento, los cuales se han desarrollado de forma articulada y presencial con los tomadores de decisión de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud de los 14 municipios involucrados en el proyecto. Se tienen establecidas funciones, responsabilidades y tiempos de cumplimiento de las mismas. En cada departamento se hicieron planes de mejoramiento (por lo menos dos), uno en cada año, en los que se definieron los indicadores básicos del control prenatal que se medirían para demostrar el cumplimiento de las acciones adelantadas. Es así como el proceso mide el grado de cumplimiento de los planes y la evolución de los indicadores clínicos definidos como trazadores. Al revisar el comportamiento de los planes de mejoramiento, se encontró que en los primeros planes, el promedio general de cumplimiento fue del 64% y la mitad de los 12 municipios que los finalizaron tuvieron una ejecución igual o mayor al 70%.

En los segundos planes de mejoramiento las cifras iniciales mejoraron: el promedio general de cumplimiento fue del 71% y 8 de los 10 municipios que ya los finalizaron (Quibdó e Istmina están ejecutándolos) tuvieron un cumplimiento igual o mayor al 70%.

Estos niveles de ejecución han sido fundamentales para conseguir los cambios en los indicadores clínicos (tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B, medición de altura uterina y aplicación del toxoide tetánico) y son prueba de la capacidad del proyecto de movilizar a los actores hacia el logro de un objetivo común, con la participación de secretarías de salud departamentales y municipales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las empresas administradores de salud.

El seguimiento a los planes de mejora en los municipios priorizados, ha evidenciado importantes avances. Por ejemplo, en la línea de base del municipio de Arjona, el 73% de las historias clínicas incluían el tamizaje de sífilis y en la segunda medición el 100% de las historias clínicas lo incluyeron. Solo en dos municipios el nivel de ejecución disminuyó o no logró niveles satisfactorios, encontrándose como posibles causas la falta de interés y liderazgo de las autoridades locales, así como el poco compromiso o continuidad en las tareas por parte de los actores del SGSSS que construyeron el plan de mejoramiento.

Es bueno aclarar que, si bien un buen nivel de cumplimiento del plan es necesario para lograr los cambios en los procesos clínicos, esta relación no es lineal y por ello no todos los indicadores clínicos se movieron de la misma manera.

El acompañamiento permanente y la asistencia técnica del equipo de profesionales que realiza el monitoreo y evaluación de las actividades definidas en los planes de mejoramiento, son necesarios para el cambio en los indicadores de control prenatal, parto y puerperio, crecimiento y desarrollo, en los municipios involucrados.

El proceso ha sido positivo puesto que ha permitido identificar de manera colectiva las dificultades que se tienen para implementar una buena a gestión y llevar a cabo los protocolos de atención de manera eficiente. Esto implicó la formulación de los planes de mejoramiento, que han conllevado los procesos de capacitación y acompañamiento permanente.

Lección aprendida:

Se involucró a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel departamental y municipal para analizar la situación y de manera colectiva se definieron los planes de mejoramiento con

sus respectivos indicadores. Se logró un alto nivel de sensibilización y compromiso territorial.

Las mediciones realizadas y el establecimiento del sistema de monitoreo y evaluación han permitido observar el avance en el cumplimiento de los planes, y lo más importante los cambios en los procedimientos clínicos, evidenciados en la revisión de las historias clínicas.

Los resultados han sido posibles gracias al acompañamiento y asistencia técnica a los diferentes actores: I) a las instituciones de salud para consolidar las acciones de mejoramiento, ii) a las direcciones departamentales para la apropiación del modelo de fortalecimiento municipal, iii) a las instituciones prestadoras de salud para el diseño y ajuste de los modelos de atención con enfoque diferencial, así como en los temas prioritarios para la salud materno infantil y el desarrollo de las acciones de mejoramiento.

Aplicación potencial:

- Esta propuesta ha servido de apoyo al proceso de construcción de la política de primera infancia y a la implementación de los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención materno infantil que lidera el Ministerio de Salud y Protección Social replicando a nivel nacional elementos primordiales como acompañamiento, monitoreo y evaluación.

Siguientes pasos:

- La continuación de esta propuesta está dirigida a pasar de la fase de transición a la de acción departamental.
- Se expandirá el modelo de mejoramiento a otros municipios de acuerdo con las prioridades

establecidas por los departamentos bajo el liderazgo de las direcciones de salud departamentales.

- Se realizará asistencia y acompañamiento a las secretarías de salud departamentales en la implementación del modelo de mejoramiento en los municipios priorizados de acuerdo al análisis de indicadores.
- Para garantizar la sostenibilidad se hará acompañamiento a los municipios, a través de las siguientes acciones:
 - Capacitación a las direcciones de salud departamentales con el fin de que adquieran las capacidades necesarias para que lideren la implementación del modelo en otros municipios y hagan seguimiento y acompañamiento a los municipios que vienen de la fase-I.
 - Entrenamiento a las direcciones de salud departamentales en recolección de datos y medición de indicadores, proceso de autoevaluación, elaboración de plan de mejoramiento, metodologías para asistencia técnica, uso de herramientas de calidad, monitoreo y evaluación.
 - Acompañamiento a las direcciones de salud departamentales para la elaboración del primer plan de mejoramiento en uno de los nuevos municipios en cada departamento.
 - Acompañamiento y asistencia técnica a las instituciones departamentales para consolidar las acciones de mejoramiento y mejorar el cumplimiento de sus competencias.
 - Asistencia técnica a las instituciones para el diseño o ajuste de los modelos de atención con enfoque diferencial (de género y etnia).
 - Acompañamiento a los municipios con los que inició el proceso para garantizar la sostenibilidad.



Banco de leche humana de la provincia de Pinar del Río, Cuba.
© UNICEF Cuba/2013/J. Alvite

Cuba

Bancos de leche humana en Cuba

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: cooperación horizontal en nutrición.

País: Cuba.

Título: Bancos de leche humana en Cuba.

Enlaces relacionados: http://www.unicef.org/lac/Bancos_de_leche_humana_en_Cuba_Arreglos_full.pdf

Persona de contacto: Odalys Rodriguez (orodriguez@unicef.org), Oficial de Salud y Nutrición, UNICEF Cuba.

Resumen:

Del 2009 al 2013 se implementó con el liderazgo de UNICEF en Cuba el programa conjunto "Apoyo a la lucha contra la anemia en grupos vulnerables", con Fondos-Objetivos de Desarrollo del Milenio (F-ODM). Este programa estaba dirigido a disminuir la prevalencia de anemia en embarazadas y niñas/os de hasta 5 años en 24 municipios, de 6 provincias del país. Uno de los efectos a lograr era: *"Mejorar el acceso físico y económico a alimentos ricos en micronutrientes fundamentalmente hierro para mujeres embarazadas y niño/as de hasta 5 años"*

En este contexto tuvo lugar la creación de los bancos de leche humana (BLH) por parte del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) con el apoyo de UNICEF. Actualmente los mismos forman parte de los servicios de salud y están instalados en seis hospitales maternos provinciales.

La creación de BLH, en cada una de las provincias en las que el programa se implementó, ha garantizado que los recién nacidos más vulnerables, como los de bajo peso al nacer, los enfermos graves o aque-

llos cuyas madres no los pueden lactar, reciban una alimentación apropiada y no padezcan de anemia por déficit de hierro. Al mismo tiempo, se ha fomentado la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la complementada hasta los 2 años, como parte del continuo de la atención. Un total de 1.924 niñas y niños, de ellos 1.121 (58%) con criterio de gravedad, ingresados en el servicio de neonatología de estos territorios, recibieron lactancia materna a través de los Bancos de Leche Humana.

Tema (antecedentes):

En Cuba, la carencia de hierro constituye la principal causa de anemia en mujeres en edad fértil, embarazadas y niñas y niños hasta 5 años, en especial los menores de 24 meses con una tasa estimada del 50% en aquellos entre 6 y 11 meses de edad y del 30% entre los 6 y los 23 meses¹. Por su elevada prevalencia es considerada un problema de salud pública, por lo que su prevención y atención constituye una prioridad nacional. Las causas de la anemia

¹ Datos del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba, 2007.

en niños y niñas menores de 2 años están asociadas fundamentalmente a los inadecuados niveles de hierro de la madre antes y durante el embarazo, la breve duración de la lactancia materna, la baja biodisponibilidad del hierro presente en la dieta y las infecciones recurrentes. En Cuba la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad es de solo el 48,6% y la lactancia continuada a los 2 años es de 17,1%².

En consecuencia, el gobierno cubano desarrolla programas integrales para enfrentar este problema de salud como es el "Plan integral para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en Cuba". Justamente, con el objetivo de contribuir con las políticas nacionales para disminuir la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y niños y niñas de 0 a 5 años, con prioridad en los niños y niñas de hasta 24 meses, se implementó este programa, centrándose en los 24 municipios con mayor incidencia de anemia, que se corresponden con 6 provincias del país: Pinar del Río, Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo.

Con el fin de "Mejorar el acceso físico y económico a alimentos ricos en micronutrientes, fundamentalmente hierro, para mujeres embarazadas y niño/as de hasta 5 años", se impulsó la creación de un BLH en cada una de las seis provincias involucradas y se pretendió apoyar el fortalecimiento del Programa de Lactancia Materna en Cuba para garantizar que los niñas y niños con enfermedades graves del binomio madre-hijo no presenten anemia por déficit de hierro a la edad de seis meses; sobre todo aquellos niños/as más vulnerables, dado que la leche materna, aunque no tiene un elevado contenido de hierro, tiene una alta biodisponibilidad, garantizando el derecho a una nutrición oportuna y apropiada.

Estrategia e implementación:

La creación de los BLH se basa en planes y programas nacionales, como son: el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, Programa Nacional de Control del Bajo Peso al Nacer, Programa Nacional de Lactancia Materna Exclusiva y el Plan Integral para la Prevención y Control de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Cuba, asegurando su sostenibilidad y continuidad en el tiempo.

Los principales pasos en la implementación incluyeron:

- Encuentros técnicos y acciones de capacitación en Cuba con participación de los representantes de la red brasileña.
- Diagnóstico de las condiciones operacionales y de la demanda de bancos de leche humana en cada una de los seis hospitales provinciales.
- Seminarios y cursos con participación de técnicos cubanos y de la Red de Bancos de Leche Humana en Brasil y en Cuba, desarrollando el curso de "Procesamiento y control de calidad en bancos de leche humana" para profesionales de la salud que trabajarían en el servicio
- Reuniones con gestores y técnicos del MINSAP, el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, UNICEF, OPS/OMS, directores y técnicos de los hospitales.

Para la puesta en marcha y funcionamiento de los seis BLH se incidió en el fortalecimiento institucional y la creación de capacidades para el personal del MINSAP que estaría a cargo de estos centros; este personal está altamente cualificado y comprometido. UNICEF contribuyó a facilitar la cooperación con

² Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública, UNICEF, *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2010/11, Informe Final*, La Habana, Cuba, 2012.

la Red Brasileña e Iberoamericana de Bancos de Leche Humana, con sede en Río de Janeiro, ya que es una experiencia innovadora que no tiene antecedentes en el país.

La comunidad está muy involucrada y se atrae a madres donantes de leche a promover la lactancia materna. La experiencia se ha sistematizada con el fin de ser replicada dentro del país.

Progreso y resultados:

A partir del accionar conjunto entre UNICEF y el MINSAP, los seis BLH son nuevos servicios de salud que se encuentran en funcionamiento en los seis hospitales maternos provinciales correspondientes a las provincias en las que se implementó el programa.

De acuerdo con la información del MINSAP, al cierre del año 2013, un total de 1.924 niñas y niños, de ellos 1.121 (58%) con criterio de gravedad, ingresados en servicios de neonatología de estos territorios, han sido beneficiados del servicio de los BLH. Con las acciones de promoción y sensibilización desarrolladas se ha incrementado la disponibilidad de leche materna proveniente de 4.223 madres donantes. Han sido atendidas además, en los BLH, 5.488 madres recién paridas con algún grado de dificultad en el proceso de la lactancia materna.

A destacar, entre los factores que favorecieron el progreso, la voluntad política del MINSAP, el disponer de un programa de atención materno-infantil de máxima prioridad para el gobierno, la contribución técnica y disponibilidad de recursos humanos de alta calificación.

Los factores que limitaron la rápida implementación del proyecto fueron la falta de recursos en el país; todo el equipamiento fue importado, por lo que su

selección, compra y arribo al país tomó tiempo. Igualmente, el acondicionamiento de los espacios en correspondencia con las exigencias de un servicio de este tipo, puesto que fue necesario llevar a cabo adaptaciones constructivas y reestructuraciones al interior de las instituciones hospitalarias.

Lección aprendida:

Esta intervención representa la primera acción de envergadura en este sentido dentro del servicio de salud cubano materno-infantil, de ahí su carácter innovador. Sólo tiene como antecedente la presencia de un banco con características algo similares en la ciudad capital.

La creación de los BLH, considerados centros para la clínica de la lactancia materna, forman parte del derecho a la nutrición saludable, refrendado en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN); el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Así mismo este servicio contribuye a los derechos refrendados en el artículo 6 de la de la CDN sobre supervivencia y desarrollo infantil.

- El desempeño de los BLH, su impacto, la profesionalidad, motivación y entrega del personal, constatados durante las visitas y los encuentros realizados, han sido valorados positivamente por la dirección del MINSAP como un resultado a destacar en el marco de la cooperación con UNICEF; y han logrado el involucramiento de la comunidad.
- Como valor agregado se cuenta con el fortalecimiento de capacidades y de gestión del conocimiento en la formación, entrenamiento e intercambio de los profesionales dedicados a esta temática, gracias al intercambio con la Red Brasileña e Iberoamericana de Bancos de Leche Humana con sede en Río de Janeiro, Brasil, en la cooperación Sur-Sur.

- Las consejerías a madres, sobre temas de lactancia materna y técnicas de extracción manual realizadas en las salas de maternidad y en los servicios de puerperio y cesárea, constituyen también un valor agregado debido al alto nivel de calificación del personal y la visión integral en la gestión de este servicio, que va más allá de la recolección, procesamiento y distribución de leche materna.
- UNICEF ha ganado en experiencia en cuanto a alianzas, articulación y liderazgo a nivel del Sistema de Naciones Unidas; y de gestión a la programación en el marco de la inter-institucionalidad en el contexto de país.

Aplicación potencial:

Las autoridades nacionales han adoptado el compromiso de la prestación de servicios esenciales como los Bancos de Leche Humana, como parte de la estrategia nacional en la mejora de la nutrición y en especial en la protección de los recién nacidos más vulnerables.

Este proceso ha sido sistematizado y analizado para que pueda replicarse, el MINSAP ha considerado la extensión de este servicio al resto de las provincias del país con el acompañamiento de UNICEF.

Siguientes pasos:

Para la consolidación de este servicio en el país, se han previsto como próximas acciones:

- Dentro del proceso de replicación de este servicio a otras provincias, actualmente se apoya la creación de dos nuevos BLH.
- La terminación del proceso de certificación de calidad de los Bancos de Leche Humana.
- La mejora en el nivel de conocimientos del personal de salud.
- La sensibilización de la población sobre el beneficio de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, como factor de protección del desarrollo de anemia en lactantes.

Ecuador

Cooperación horizontal y rol de UNICEF frente a los nuevos desafíos: Conferencia Internacional sobre Etiquetado y Políticas Fiscales en Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (Quito, 28 y 29 de agosto 2014)

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: cooperación horizontal en nutrición para la prevención de la obesidad infantil.

País: Ecuador.

Título: Cooperación horizontal y rol de UNICEF frente a los nuevos desafíos: Conferencia Internacional sobre Etiquetado y Políticas Fiscales en Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (Quito, 28 y 29 de agosto 2014).

Enlaces relacionados:

Agenda y presentaciones de la Conferencia:

http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1285&tmpl=component&Itemid=360

Etiquetado de alimentos (Ecuador): <http://www.salud.gob.ec/campana-etiquetado/>

Reglamento de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano (Ecuador):

<http://www.produccion.gob.ec/wp-content/uploads/2013/11/reglamento-de-etiquetado-de-alimentos-procesados-para-el-consumo-humano.pdf>

<http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/385/File/Marco%20Dehesa.pdf>

Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación (Ecuador):

file:///C:/Users/MGuinand/Downloads/acuerdo_interministerial_005-14-bares-escolares_b.pdf

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y adolescencia (OPS/OMS): <file:///C:/Users/MGuinand/Downloads/CE154-16-s.pdf>

Notas de prensa:

<http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/?p=4895>

<http://www.enlamiraonline.com/ProyEnlaMira/Pantallas/Portada/mostrarnoticia.php?id=4793317>

<http://www.salud.gob.ec/directora-de-organizacion-panamericana-de-la-salud-realmente-es-un-gran-logro-lo-que-el-estado-ecuatoriano-ha-hecho-2/>

CD APNUDE-OPS/OMS “Prevención del sobrepeso, obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles”

Persona de contacto: Michel Guinand (mguinand@unicef.org), Oficial de Inclusión Social, UNICEF Ecuador.

Resumen:

Los cambios de hábitos de alimentación, específicamente el aumento del consumo de productos procesados, ultraprocesados y la denominada comida chatarra, de bajo nivel nutricional y alta en grasa, azúcar y sal, junto con los bajos niveles de actividad física, han determinado el aumento en la incidencia del sobrepeso y la obesidad, así como de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La Conferencia Internacional posibilitó el intercambio de experiencias de los países de la región en la formulación y reglamentación de políticas públicas de etiquetado, impuestos y mercadeo de productos alimenticios, medidas encaminadas a combatir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. Ecuador socializó su importante experiencia en este ámbito, con la expedición del Reglamento de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano y el Acuerdo Interministerial para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación.

El tema es particularmente relevante para ampliar el rol de UNICEF frente a temas nuevos como lo es el cambio del perfil epidemiológico en la Región y el mundo, con la doble carga de la malnutrición y la fuerte incidencia de la obesidad infantil, que crece de manera muy acelerada junto con las enfermedades no transmisibles (NCDs).

Tema (antecedentes):

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013, en Ecuador tres de cada 10 niñas y niños en edad escolar y 2 de cada 10 adolescentes tienen sobrepeso u obesidad, alcanzando niveles de una verdadera epidemia. Así mismo, 2 de cada 3 ecuatorianos entre los 19 y 59 años tiene sobrepeso u obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la diabetes, enfermedades cardiovasculares y el cáncer representan el 47,8% de las muertes en las personas de 30 a 70 años. Entre 1986 y 2012, la obesidad infantil de 0 a 5 años se ha duplicado.

Ecuador tiene en el Plan de Gobierno (Plan Nacional del Buen Vivir) un marco orientador que articula los objetivos de desarrollo del país con una perspectiva de integralidad e intersectorialidad. El país está teniendo un avance importante en materia de regulación en promoción de la salud en la lucha contra la obesidad infantil y las enfermedades crónicas, por ejemplo: etiquetado de alimentos, regulación de expendio de alimentos en bares escolares, instauración de una hora diaria de actividad física en las escuelas; pero persisten aún importantes desafíos en el plano regulatorio e intersectorial.

Algunos países de la región adelantan procesos con el desarrollo de marcos legales que cobijan políticas sobre alimentación saludable, sin embargo, al momento de reglamentar, la adopción de los estándares recomendados internacionalmente sobre niveles de contenidos de azúcar, sal y grasas y otras

medidas de salud pública, resultan en reglamentos limitados por presiones de otros sectores. La industria de productos procesados ha venido configurando argumentos para combatir las políticas públicas saludables en esta materia.

Es así como los procesos regulatorios en alimentación saludable presentan desafíos técnicos y políticos sobre los que conviene identificar soluciones, experiencias exitosas y acciones de política que respalden la aprobación de marcos regulatorios nacionales basados en las recomendaciones internacionales.

Como lo resalta el Comité de los Derechos del Niño, de las Naciones Unidas, “Debe limitarse la exposición de los niños a la “comida rápida” de alto contenido en grasas, azúcar o sal, que es muy energética pero carece de suficientes micronutrientes, y a bebidas de alto contenido en cafeína u otras sustancias de posibles efectos nocivos. Debe controlarse la comercialización de estas sustancias, especialmente cuando sus destinatarios son niños, así como su disponibilidad en las escuelas y otros lugares” (Comentario General 15, abril 2013).

El ex-Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación (Olivier De Schutter) planteaba (en enero 2014) que los Estados adopten las siguientes medidas prioritarias para combatir las varias caras de la malnutrición:

1. Gravar impuestos a alimentos no saludables.
2. Establecer regulaciones legales a alimentos ricos en grasas saturadas, sal y azúcar.
3. Prohibir / restringir publicidad de “alimentos no saludables”, especialmente a niños.
4. Revisar los subsidios a determinados productos agrícolas.
5. Estimular y apoyar la producción local de alimentos para que los consumidores tengan

acceso a alimentos nutritivos, frescos y saludables.

Estrategia e implementación:

UNICEF inicia su apoyo a la temática en el país, en estrecha coordinación con OPS.

Fue fundamental, para la inserción de UNICEF en esta temática, la estrecha coordinación conjunta que UNICEF y OPS han desarrollado y fortalecido en los últimos años, alrededor de los temas de nutrición (y también de salud materna e infantil). A pedido expreso del Ministerio de Salud, OPS y UNICEF identificaron y propusieron experiencias relevantes de países de la región.

La Conferencia se enfocó en resaltar la experiencia del Ecuador (expedición del Reglamento de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano y el Acuerdo Interministerial para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación) y en compartir experiencias de la Región (México, Chile, Perú, Argentina).

Progreso y resultados:

Como resultado de la Conferencia, el Ministerio de Salud ha solicitado a OPS y UNICEF continuar su apoyo para:

- Realizar una evaluación de la implementación de su estrategia de etiquetado de alimentos
- Desarrollar un estudio sobre elasticidad del gasto en grupos de alimentos calóricos y bebidas azucaradas.

Esto como un primer paso para evaluar la posibilidad de desarrollar un impuesto a la llamada comida chatarra.

Lección aprendida:

Principales lecciones aprendidas:

- Es de importancia fundamental de que UNICEF empiece a actuar en una temática tan relevante, ya que el aumento del sobrepeso y obesidad en la infancia está creciendo de manera muy acelerada en la región (y en el mundo).
- De no tenerse la experticia en este tema a nivel de país, entonces trabajar en alianza con otros niveles y actores (LACRO, NY, OPS, otros).
- Necesidad de identificar y documentar experiencias exitosas de la región, compartirlas, evaluarlas y generar la abogacía para desarrollar una estrategia acorde al contexto del país.

Aplicación potencial:

A partir de las documentaciones existentes¹⁻², (si bien aún son escasas –pocas evaluaciones por el poco tiempo que se están aplicando medidas como etiquetado de alimentos e impuestos a comidas/bebidas), la implementación de medidas como etiquetado de alimentos e impuestos a las llamadas comidas chatarras (junto con otras medidas) tienen impacto en la reducción del sobrepeso y obesidad, por lo que es fundamental el intercambio de experiencias entre países sobre estas iniciativas novedosas y aún poco conocidas.

Siguientes pasos:

- Las experiencias de diversos países presentadas en la Conferencia pueden servir de referencia para otros países de la Región interesados en implementar medidas similares.
- En la actualidad, UNICEF y OPS están elaborando un plan de trabajo con el Ministerio de Salud que incluiría –entre otros- la realización de una evaluación de la implementación de la estrategia nacional de etiquetado de alimentos, y también el desarrollo de un estudio sobre elasticidad del gasto en grupos de alimentos calóricos y bebidas azucaradas (como un primer paso para evaluar la posibilidad de desarrollar un impuesto a la llamada comida chatarra).

¹ Pan American Health Organization, *Fact Sheet on Consumption of ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, and policy implications*, PAHO/WHO, Washington, DC, 2014.

² Organización Panamericana de la Salud, *154ª Sesión del Comité Ejecutivo. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*, OPS/OMS, Washington, DC, 2014.

El Salvador

Estrategia de bancos de leche humana (BLH) para contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal e implementación de la Estrategia Global de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: abogacía y cooperación horizontal en nutrición.

País: El Salvador.

Título: Estrategia de Bancos de Leche Humana (BLH) para contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal e implementación de la Estrategia Global de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño.

Enlaces relacionados:

<https://es-es.facebook.com/pages/Alianza-Neonatal-de-El-Salvador/189812177725651>

<http://www.calma.org.sv/area.php?Palabras=lactancia>

Persona de contacto: Dagoberto Rivera (drivera@unicef.org), Carlos Meléndez (kcmelenbertd@yahoo.com), Ana Josefa Blanco (direzionejecutiva@calma.org.sv), Roberto Edmundo Sánchez Ochoa (picosanchezochoa@hotmail.com)

Resumen:

En El Salvador, como país de renta media y sin aumento de los espacios fiscales para acciones estratégicas como salud y nutrición, es necesario fomentar y hacer funcionar marcos colaborativos que focalicen en problemas sustantivos y minimicen las duplicaciones. Es así como en el marco de la iniciativa global "Una Promesa Renovada"; UNICEF El Salvador ha promovido la colaboración técnica y financiera con distintas organizaciones comprometidas con acciones integradas en la "Estrategia Global de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño," para centrarse en la reducción de la mortalidad neonatal, componente que más contribuye a la mortalidad infantil.

El primer banco de leche humana (2011) en el Salvador se gestó al tiempo que se desarrollaba la etapa final de aprobación de la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, y su funcionamiento contribuyó a presentar evidencias a los legisladores que aprobaron dicha ley (2013) y a la puesta en discusión de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2013). Dos años después, con recursos propios y la participación del sector privado, ha sido posible establecer otros dos bancos de leche humana (BLH), cubriendo así las tres maternidades más importantes del país.

Tema (antecedentes):

En el año 2009, la principal causa de muerte neonatal fue la prematuridad, en segundo lugar la sepsis neonatal y en octavo lugar la enterocolitis necrotizante. Las tasas de prematuridad y de bajo peso al nacer aumentaron aceleradamente, llegando en el 2009 a un total de 2681 recién nacidos prematuros y más de 350 niños que nacieron pesando 1500 gramos o menos. Entre ambos, significaron el 18.6% de los nacidos vivos en el Hospital Nacional de Maternidad¹.

Las políticas encaminadas a estimular la lactancia materna en los recién nacidos (especialmente prematuros y bajo peso al nacer), no tenían el impacto esperado para disminuir la morbilidad neonatal. En el 2010-11 ningún recién nacido hospitalizado en el servicio de neonatología recibía leche humana como un medio de alimentación. En los servicios de neonatología se consumía en promedio 18 litros diarios de fórmula para prematuro (6570 litros al año) y 19 litros diarios de fórmula para recién nacido de término (6935 litros por año).

Según los datos estadísticos del Hospital de Maternidad, la atención en cuidados intensivos neonatales (UCIN), cuidados intermedios (RNCI), y en el servicio de cuidados mínimos (RNCM), acumulaban costos anuales por el orden de U\$ 3,249,800. El BLH estableció las condiciones necesarias para la donación y almacenamiento de Leche Materna para alcanzar por año a unos 2681 prematuros y 350 niños por debajo de los 1500 gramos, atendidos en el Hospital, reduciendo sustantivamente el uso de la UCIN, la URNCI y los servicios RNCM.

Con el establecimiento de los BLH, el Ministerio de Salud (MINSAL) cuenta con un valioso instrumento para reducir la mortalidad neonatal, fomentar la lactancia materna exclusiva, prevenir la desnutrición crónica, y reducir la utilización de los servicios. Esto será medido en el primer trimestre de 2015, durante la evaluación del Plan Nacional de la Reducción de Mortalidad Peri y Neonatal conducida por el Ministerio de Salud.

Estrategia e implementación:

En contexto con los resultados previstos en el Programa de Cooperación con el País 2011-2015 y con una inversión que no supera los U\$100 mil, de la cual el 47% proviene de recursos canalizados por UNICEF, la estrategia ha pasado por dos momentos:

1. Establecimiento (2011)
 - a. Establecimiento de un acuerdo de cooperación con la Alianza Neonatal para:
 - i. Diseñar e implementar una campaña de expectativa a nivel nacional, la cual levantó el interés de la sociedad sobre qué es y para qué sirve el BLH.
 - ii. Fortalecimiento de los lazos con la Red Internacional de BLH, buscando visibilizar el trabajo hacia el exterior, brindando evidencias de la determinación del país por la reducción de la mortalidad neonatal.
 - iii. Implementar una estrategia de formación / capacitación, basada en los intercambios

¹ Dato suministrado por la Dirección General del Hospital Nacional de Maternidad, San Salvador, El Salvador, 2014.

con el Hospital Nacional Pedro de Betancourt (Guatemala) para reducir costos y tener alto impacto en las tomadores de decisión del Ministerio de Salud y de las maternidades.

- b. En el marco de la cooperación Sur-Sur con el Gobierno de la República de Brasil, y a través de la Fundación Fio Cruz, se equipó el BLH y se entrenó en su manejo al personal asignado por el Hospital Nacional de Maternidad.
2. En su funcionamiento y consolidación (2012 -2014) Escalando la experiencia de la implementación del primer BLH, el MINSAL ha propiciado el establecimiento de dos BLH más y en asociación con OPS se ha mantenido la colaboración técnica para su funcionamiento. Ello ha permitido:
- i. Centrar el trabajo de UNICEF El Salvador en el proceso de fortalecimiento del marco normativo del MINSAL y en la mejora de la calidad del servicio, al mismo tiempo de incentivar y preparar al MINSAL para asumir su rol en el proceso de implementación de los Sistemas Locales de Protección Integral.
 - ii. Fomentar la colaboración técnica y financiera con la Alianza Neonatal, para promover a nivel nacional acciones de comunicación y sensibilización hacia la Lactancia Materna y los BLH, capacitación a personal de salud, así como el seguimiento a los problemas sustantivos a los que aporta la utilización de los BLH, particularmente: prematuridad, nacidos con bajo peso y malformaciones congénitas.

Progreso y resultados:

1. Los tres BLH se encuentran funcionando apropiadamente y desde su inicio han contado con suficientes madres donantes de leche. El MINSAL ha dispuesto recurso humano para la coordinación de la Red de BLH.
2. Durante el período de discusión en la Asamblea Legislativa, la experiencia del BLH fue un factor de evidencia positiva que culminó con la aprobación de la Ley Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en junio del 2013.
3. De acuerdo a estimaciones del Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA), comparado con el año 2011, la utilización de los BLH ha reducido 41.6% del presupuesto de compra de sucedáneos utilizados para los niños prematuros y de bajo peso al nacer en los 3 Hospitales que han establecido un BLH. Solamente en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, el tercer BLH establecido, se estiman ahorros de aproximadamente el 94% del presupuesto destinado a la compra de leche de fórmula para el año 2011. Entre 2012 y 2013, se han atendido 8102 casos por año, con el aporte promedio de unas 600 madres lactantes, mejorando así el pronóstico de sobrevivencia y nutrición de los recién nacidos prematuros y de bajo peso.
4. La experiencia con el funcionamiento del BLH ha permitido escalar en temas sustantivos y/o abordarlos desde otras perspectivas. Durante noviembre 2013 se logró relevar el tema de la prematuridad en varios foros regionales y un foro regional, y en enero 2014 se realizó el Congreso de Malformaciones Congénitas. Una estrategia comunicacional está en marcha para realizar el lanzamiento de Una Promesa Renovada, bajo el Liderazgo del MINSAL y la Alianza Neonatal.

5. Un factor crítico del progreso en la implementación de los BLH ha sido la voluntad política de las autoridades de salud, quienes no solamente han facilitado la utilización de los espacios físicos, sino que han asumido e integrado en su presupuesto el funcionamiento de los BLH, incluyendo salarios y consumibles. La entrada en vigencia de la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, fue fundamental para su sostenibilidad.

Lección aprendida:

El establecimiento de los BLH ha sido un proceso enriquecedor, posible gracias a la apertura y colaboración entre los distintos sectores, gubernamental, de cooperación internacional, organizaciones civiles, gremiales y sector privado, la mayor parte de ellos aglutinados en la Alianza Neonatal de El Salvador. Así, este proceso de construcción agrega valor a los esfuerzos en la reducción de la mortalidad infantil a través de una acción con alto potencial de sostenibilidad. De manera específica:

1. El trabajo en red siempre ha reportado ventajas para UNICEF El Salvador tanto para la proyección de temas de interés institucional como para el apalancamiento de recursos técnicos y financieros, ampliar el área de influencia y disminuir duplicidades, aumentando la efectividad de las acciones.
2. Las organizaciones locales se han apropiado de la iniciativa y están jugando un rol importante en la sensibilización sobre los temas relacionados con la nutrición, la mortalidad neonatal y otros temas importantes como la sostenibilidad de servicios como los BLH.
3. Este trabajo también se refleja en un compromiso compartido entre la Alianza Neonatal y el Gobierno

por mantener un monitoreo constante y, a su vez, ha incentivado a la empresa privada a establecer y mantener lactarios que además contribuyen a los BLH.

Aplicación potencial:

La generación de una red de BLH más fuerte en número y capacidades técnicas en el país, incidirá positivamente en la reducción de mortalidad peri y neonatal, y en la condición nutricional de los bebés nacidos en condición de bajo peso.

La estrategia de implementación deja claro el potencial que tiene:

1. El intercambio entre pares que viven en contextos culturales, sociales y económicos bastante similares. La evidencia revela que el interés por los BLH se incrementó sustantivamente y aceleró su implementación, a partir del intercambio con la experiencia del BLH del Hospital Nacional Pedro de Betancourt en Guatemala.
2. El trabajo en red como estrategia central, facilita el apalancamiento de recursos técnicos y financieros, permite racionalizar la inversión y lograr mayor impacto. Identificar la organización idónea es clave. Una estructura como la de Alianza Neonatal, permite un alto nivel apalancamiento de recursos técnicos y financiero.
3. La participación de organizaciones del sector en distintos niveles, en las acciones de monitoreo y seguimiento, es un atractivo para la cooperación en estos temas focalizados de alto impacto en la supervivencia infantil.

Siguientes pasos:

- Fomentar los lazos de cooperación entre los hospitales que ya cuentan con los BLH y diseminar su uso, al tiempo que se mantienen acciones de sensibilización y de actualización de logros de los BLH para que la sociedad se interese en su progreso y apoyo.
- Promover compromisos de los diferentes actores y sectores del país para la continuidad de las acciones en el marco de la reducción de la mortalidad materna, peri y neonatal para la superación de las inequidades en la salud reproductiva, materna, niñez y adolescencia; a las cuales El Salvador se ha comprometido en diversos foros internacionales.
- En septiembre 2014, el Ministerio de Salud convocó a la sociedad salvadoreña a Renovar la Promesa para que ninguna niña o niño muera por causas prevenibles, destacando el valor que ha tenido la implementación de los BLH en reducir sustancialmente la mortalidad infantil. Como primer paso, el Ministerio comenzará, a finales del 2014, a realizar la evaluación del Plan de la Reducción de la Mortalidad Peri y Neonatal, en el cual participará activamente la Alianza Neonatal.
- Escalar la iniciativa al interés nacional, manteniendo una orientación permanente hacia las intervenciones de alto impacto en la supervivencia de las niñas y niños y que están al alcance de la sociedad.



Comadronas haciendo demostración de atención prenatal con metodología participativa. Huehuenango, Guatemala.
© UNICEF Guatemala/2014/Gularte

Guatemala

Iniciativa de comadronas promotoras de la lactancia materna

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: iniciativa de servicios de salud amigos de la lactancia materna.

País: Guatemala.

Título: Iniciativa de comadronas promotoras de la lactancia materna.

Enlaces relacionados:

Comadronas tradicionales y lactancia materna. Consulta antropológica para conocer las prácticas y costumbres de las comadronas en relación con la atención prenatal, atención del parto y lactancia materna en municipios priorizados dentro del marco del Plan Hambre Cero. UNICEF Guatemala. 2013.

Persona de contacto: Maria Claudia Santizo (mcsantizo@unicef.org), Oficial de Nutrición, UNICEF Guatemala.

Resumen:

El Ministerio de Salud de Guatemala ha implementado la iniciativa de servicios de salud amigos de la lactancia materna (ISSALM) en la red hospitalaria del país, con el objetivo de promover la lactancia materna exitosa y brindar una atención amigable a la madre y al niño desde el momento del parto. Ya que más de un 40% de partos son atendidos en la comunidad por comadronas, así como la madre debe recibir apoyo y orientación cuando regresa a su comunidad, se decidió adaptar la ISSALM al nivel comunitario, para certificar a “Comadronas promotoras de la lactancia materna”.

Para la implementación de la estrategia, se realizó un estudio cualitativo para conocer el entorno de trabajo de las comadronas tradicionales, sus conocimientos y percepciones acerca de la atención prenatal, atención del parto y lactancia materna. Se adaptaron y mediaron pedagógicamente 11 pasos a implementar por las comadronas para poder ser

reconocidas como comadronas promotoras de la lactancia materna. Estos 11 pasos fueron validados y luego se capacitó al personal encargado del trabajo con comadronas de los servicios de salud a través de metodologías participativas. La Iniciativa se implementa inicialmente en 25 municipios de 4 departamentos del altiplano occidental del país. La evaluación del cumplimiento de los once pasos se realizará en el idioma local.

El trabajo con comadronas tradicionales representa una oportunidad para disminuir las inequidades y permite llevar intervenciones costo efectivas a su entorno, cultura y cosmovisión. Es sumamente importante contar con una descripción antropológica inicial para trabajar iniciativas o estrategias en el nivel comunitario. Tener un enfoque de intercambio de conocimientos, en donde el aprendizaje es de doble vía, es vital para la aceptación, implementación y sostenibilidad de la iniciativa. Finalmente, es

una iniciativa que no requiere de un alto presupuesto para su implementación, lo cual puede facilitar la expansión a nivel nacional.

Tema (antecedentes):

En Guatemala, la práctica óptima de lactancia materna exclusiva solo se presenta en el 49.6% de niñas y niños menores de 6 meses, lo que coincide con el porcentaje de niñas y niños con desnutrición crónica (49.8%). En el área rural solo el 60% de las mujeres inicia la lactancia dentro de la primera hora después del nacimiento¹. En un estudio de "cuellos de botella" realizado en 2012 por la Oficina de país se determinó que en municipios priorizados del Plan Hambre Cero, solamente el 64% de las mujeres tienen control prenatal en el primer trimestre de embarazo y solamente 47% buscan algún servicio de salud para dicho control prenatal, otras buscan por ejemplo a la comadrona, pero no a los servicios de salud. Solamente 44% de las comadronas tenían conocimientos adecuados sobre lactancia materna.

Durante varios años el Ministerio de Salud de Guatemala ha implementado la iniciativa de servicios de salud amigos de la lactancia materna (ISSALM) promovida por UNICEF/OMS, cuyo objetivo es promover la lactancia materna exitosa y brindar una atención amigable a la madre y al niño desde el momento del parto, en los 39 hospitales con atención materno infantil de la red hospitalaria. Sin embargo se observaron dos factores que deben tomarse en cuenta. El primero es que más de un 40% de partos son atendidos en la comunidad por comadronas, así como el control prenatal, debido a la falta de acceso a los servicios de salud; y el segundo es que

adicionalmente al apoyo que el personal del hospital brinda a la madre para lograr una lactancia materna exitosa, la madre necesita apoyo y orientación cuando regresa a su comunidad.

Utilizando la metodología de monitoreo de cuellos de botella (MORES) se identificaron estrategias de nivel comunitario que contribuyan a combatir las inequidades y permitan llegar a la población más desfavorecida y con muy poco o limitado acceso a salud; igualmente que los actores comunitarios cuenten con el reconocimiento y respeto de las familias, con el fin de fomentar la lactancia materna, la atención integral de la madre y el recién nacido desde el nivel hospitalario hasta la comunidad. Los resultados de este monitoreo mostraron a las comadronas como actrices de cambio en las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio inmediato; sin embargo, desconocen algunos aspectos de prácticas adecuadas de lactancia materna. Esto representa una oportunidad de fortalecimiento en el intercambio de conocimientos sobre el tema, tomando en cuenta y respetando los factores socioculturales que están muy arraigados en la población y que dan como resultado el alto porcentaje de partos atendidos por comadronas tradicionales en la comunidad. De esta forma se decidió ampliar y adaptar la ISSALM al nivel comunitario, como complemento al trabajo de los servicios de salud de los diferentes niveles de atención.

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09)*, Guatemala, Guatemala, 2011.

Estrategia e implementación:

La estrategia consistió básicamente en la adaptación de la ISSALM al contexto cultural de la comadrona tomando en cuenta su cosmovisión. Para la implementación de la Iniciativa de Comadronas Promotoras de la Lactancia Materna, fue necesario:

- Conocer el entorno de trabajo de las comadronas tradicionales, sus conocimientos y percepciones acerca de la atención prenatal, atención del parto y lactancia materna, para lo cual se desarrolló una consulta antropológica.
- Los resultados de esta consulta reflejaron hallazgos que van desde las costumbres y creencias en relación a la atención prenatal y la lactancia materna, los temas y aspectos relevantes en donde necesitaban fortalecer sus conocimientos, hasta cual sería la metodología de intercambio de conocimientos apropiada para el trabajo con las comadronas, el nombre más adecuado para la iniciativa y el tipo de reconocimiento que esperaban recibir al poner en práctica los pasos establecidos.
- Se adaptaron los 10 pasos de la ISSALM. Los pasos fueron validados con grupos de comadronas tradicionales.
- Una vez validados se capacitó al personal encargado del trabajo con comadronas de los servicios de salud.
- Se diseñaron instrumentos de autoevaluación y monitoreo, tanto para la comadrona como para el personal de los servicios de salud, utilizando figuras y dibujos sencillos de comprender.
- Se desarrollaron materiales educativos para ser utilizados por la comadrona durante la consejería a la mujer embarazada y madre lactante, utilizando la metodología de comunicación para el desarrollo.
- Se deberá desarrollar el proceso de acreditación.

- Actualmente la iniciativa se está implementando en 25 municipios de 4 departamentos del altiplano occidental del país con aproximadamente 2000 comadronas.

Progreso y resultados:

Entre los primeros productos de la iniciativa de comadronas promotoras de la lactancia materna se cuenta con:

- Informe de la consulta antropológica realizada en el 2013, el cual fue la base para el desarrollo de la misma.
- Diseño de los once pasos de la Iniciativa.
- Plan de capacitación e implementación.
- Diseño del monitoreo y evaluación del cumplimiento de los once pasos.
- A nivel de implementación, se ha concluido el proceso de capacitación del personal de los servicios de salud de los 25 municipios, capacitados y preparados para llevar a cabo el proceso de intercambio de conocimientos con los grupos de comadronas tradicionales.

Uno de los principales obstáculos encontrados para el desarrollo de esta iniciativa ha sido la alta rotación de personal en las dependencias del Ministerio de Salud involucradas, lo cual ha retrasado los procesos. Sin embargo, el Ministerio de Salud en el nivel central se ha apropiado de la Iniciativa incorporándola entre sus metas para este año, lo cual da sostenibilidad al proceso. Así también, la iniciativa forma parte del componente 2 del plan del Pacto Hambre Cero, el cual es el marco de trabajo del actual gobierno para disminuir la desnutrición crónica.

Lección aprendida:

- El trabajo con agentes de cambio en la comunidad, como lo son las comadronas tradicionales, representa una oportunidad para disminuir las inequidades y permite llevar intervenciones costo efectivas como el fomento de la lactancia materna a su entorno, cultura y cosmovisión, a fin de que reconozcan la importancia de la misma y se convierta en parte de sus costumbres y prácticas durante el acompañamiento a la mujer en el embarazo, parto y puerperio inmediato.
- Es sumamente importante contar con una descripción antropológica inicial para trabajar iniciativas o estrategias en el nivel comunitario, sobre todo cuando el objetivo es promover nuevas prácticas o cambiar las que ya se están realizando con el propósito de mejorar la salud y nutrición de la población.
- Tener un enfoque de intercambio de conocimientos en donde el aprendizaje es de doble vía es vital para la aceptación, implementación y sostenibilidad de la iniciativa. Por ejemplo, gracias a este intercambio se identificó que las comadronas no quieren ser llamadas "Amigas" sino "Promotoras" de la lactancia materna, nombre que lleva ahora la Iniciativa.

Aplicación potencial:

- Es una iniciativa que no requiere de un alto presupuesto para su implementación, lo cual facilita la expansión a nivel nacional.

Para continuar con la expansión de la iniciativa a nivel nacional es necesario tener estudios cualitativos antropológicos que complementen el que actualmente se tiene, ya que el qué hacer y el entorno cultural de las comadronas es muy diferente de

acuerdo a la región y al grupo étnico al que pertenecen. Esto permitirá continuar con la misma metodología de diálogo de saberes en donde todo el trabajo se basa en el propio entorno de la comadrona.

Es necesario considerar que el proceso de evaluación y reconocimiento deber ser también adaptado al contexto cultural, tomando en cuenta los aspectos que caracterizan a cada una de las comunidades.

Siguientes pasos:

- Se tiene previsto iniciar el monitoreo en la implementación de la iniciativa a partir del 2015 ya que la fase de capacitación se finalizó en 2014.
- La ampliación de la iniciativa a nivel nacional se realizará por fases de acuerdo a los municipios priorizados por indicadores de mortalidad materna y desnutrición crónica y metas del Ministerio de Salud.
- Se espera que al final del año 2015 se cuente con un número significativo de comadronas reconocidas y acreditadas como "comadronas promotoras de la lactancia materna".



Grupo de Subcomisión de Comunicación trabajando en planificación participativa. Totonicapán, Guatemala.
© UNICEF Guatemala/2013/Gularte

Guatemala

Sistema de monitoreo para una gerencia por resultados con enfoque de equidad (MoRES) para reducir la desnutrición crónica

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: monitoreo y evaluación.

País: Guatemala.

Título: Sistema de monitoreo para una gerencia por resultados con enfoque de equidad (MoRES) para reducir la desnutrición crónica en Guatemala.

Enlaces relacionados: Cuellos de botella/barreras relacionadas a la reducción de la desnutrición crónica. Informe final de la línea de base realizada en los primeros 8 municipios priorizados por el plan Hambre Cero. UNICEF Guatemala. Octubre 2012.

Persona de contacto: María Claudia Santizo (mcsantizo@unicef.org), Oficial de Nutrición, UNICEF Guatemala.

Resumen:

El principal problema nutricional de Guatemala continúa siendo la desnutrición crónica, ya que el 50% de los niños y niñas menores de 5 años están afectados. Debido a la complejidad de la problemática, es muy difícil enfocarse solamente en una intervención de abordaje, por lo que se decidió analizar los cuellos de botella y barreras desde las tres intervenciones programáticas demostradas científicamente como las más costo-efectivas y que forman parte fundamental de los 1,000 días que a su vez son el fundamento del “Plan del Pacto Hambre Cero” del Gobierno de la República. Estas tres intervenciones seleccionadas son: 1. Atención Prenatal; 2. Lactancia Materna, y 3. Alimentación Complementaria.

El cuello de botella más importante encontrado, por lo que se le ha dado prioridad, es la falta de cono-

cimientos (por ejemplo, los conocimientos adecuados sobre la lactancia materna eran solamente de 0.1%, los conocimientos sobre adecuada atención prenatal en adolescentes no pasaban de 9% y sobre la alimentación complementaria 26%). Los resultados orientaron a buscar nuevas formas de comunicación, desarrollando como propuesta de respuesta a esta situación, una estrategia de comunicación para el desarrollo, la cual se inició en 2012 en 8 municipios, en 2013 se expandió a 54 municipios y en 2014 la meta fueron 201 municipios.

Para monitorear los avances de reducción de cuellos de botella, se ha desarrollado un sistema en el nivel local, con un instrumento pictórico, el cual será utilizado por la comunidad en forma participativa. Se espera tener resultados a fin de 2015.

Tema (antecedentes):

Siendo Guatemala el quinto país con mayor desnutrición crónica a nivel mundial (49.8% en niños y niñas menores de 5 años), la situación es preocupante y considerada como una emergencia silenciosa. El Gobierno de Guatemala planteó la meta de reducción de la desnutrición crónica en 10% en 4 años como una prioridad Nacional en 2012. Siendo esta una meta ambiciosa, puesto que el país redujo la desnutrición crónica en solo 4,9% de 1987 a 2009^{1,2}, era necesario revisar las estrategias, ya que implementar las mismas estrategias no tendría impacto en los resultados esperados.

En 2012, la Oficina de País de UNICEF (CO por sus siglas en inglés) implementó la metodología de “cuellos de botella” para buscar las limitantes que impiden la reducción de desnutrición crónica en el país. Para este fin, se conformó un Comité Técnico con instituciones de Gobierno (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud, Ministerio de Finanzas) y de la cooperación internacional (UNICEF, USAID, Plan Internacional, PMA). Se trabajó conjuntamente para analizar los determinantes de las tres intervenciones más costo efectivas y con evidencia científica de impacto en la prevención de la desnutrición: el control prenatal, la lactancia materna y la alimentación complementaria.

En Guatemala, la práctica óptima de lactancia materna exclusiva solo se presenta en el 49,6% de niñas y niñas menores de 6 meses, lo que está íntimamente relacionado al porcentaje de niñas y niños con desnutrición crónica (49,8%). En el área rural solo

el 60% de las mujeres inicia la lactancia dentro de la primera hora después del nacimiento. Solamente el 51% de las mujeres dan a luz en presencia de un trabajador de salud especializado, porcentaje que desciende a 30% entre las mujeres indígena². Adicionalmente, en estudios antropológicos y observaciones directas se ha evidenciado que en Guatemala existen muchos hábitos culturales que interfieren con las prácticas adecuadas de alimentación complementaria ya que ésta no inicia a los 6 meses y la calidad y cantidad no cumplen con los requerimientos infantiles.

Cada intervención fue analizada según 10 determinantes (normas sociales, legislación/políticas, presupuesto/gasto público, gestión/coordinación, disponibilidad de insumos, acceso a servicios con personal, instalaciones e información adecuada, acceso financiero, prácticas y creencias especiales y culturales, continuidad de uso y calidad).

La discusión multidisciplinaria identificó los indicadores para cada tema por cada determinante, determinando la necesidad de medir indicadores que no se miden en forma periódica en los sistemas oficiales, pero que podrían identificar los “cuellos de botella” que impiden la reducción de la desnutrición crónica. Se seleccionaron 46 indicadores y se consideró que era necesario tener información de línea de base de los mismos para decidir cuáles eran los más importantes y que deberían ser priorizados. Para cada indicador se estableció el estándar, el umbral ideal, la meta mínima esperada, el nivel de medición, la metodología y la frecuencia.

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá / Institute for Resource Development/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*, Guatemala, Guatemala, 1988.

² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09)*, Guatemala, Guatemala, 2011.

Estrategia e implementación:

La mayor parte de los indicadores identificados y propuestos para ser medidos eran del nivel comunitario; sin embargo, también había indicadores a ser medidos en el nivel municipal, en servicios de salud y en el nivel central.

Debido a la falta de información oficial sobre los indicadores identificados, se recolectó la información a través de una línea de base.

- Se realizó una revisión documental.
- Se realizó entrevistas a personas clave en los distintos niveles.
- Se identificaron diferentes grupos en los cuales se deseaban medir los indicadores del nivel comunitario: mujeres adolescentes, mujeres embarazadas, madres de niños y niñas menores de 6 meses, madres de niños y niñas de 6 meses a 2 años, líderes comunitarios y comadronas.
- La línea de base se realizó en los primeros 8 municipios priorizados del plan del Pacto Hambre Cero, ya que éstos son los municipios que presentan mayor desnutrición crónica.
- Se visitaron 44 servicios de salud y se realizaron 257 entrevistas a usuarias a la salida del servicio.

Para la línea de base a nivel comunitario, se utilizó el muestreo por lotes LQAS (Lot Quality Assurance Sampling). Se empleó el tamaño de muestra de 19 sujetos por lote. Luego, se unificó la información de todos los "sitios LQAS" para convertirlos en "conglomerados" de muestreo. Se realizaron en total 1,129 entrevistas a mujeres en las comunidades además de las entrevistas a líderes, comadronas y actores clave en el nivel central.

Los resultados fueron agrupados en las siguientes categorías: antropometría, atención prenatal, lactancia materna, alimentación complementaria, respuesta y severidad de crisis alimentarias, aflatoxinas y consumo de maíz, asociación de indicadores a desnutrición y servicios de salud.

Progreso y resultados:

Uno de los factores más importantes que permitió el avance del proceso fue la instalación de un comité técnico multidisciplinario e interinstitucional.

Aunque el informe final³ presenta en detalle los resultados para cada indicador y cada sub-tema (control prenatal, lactancia materna y alimentación complementaria); los principales "cuellos de botella" identificados se pueden resumir de la siguiente forma:

1. La consejería a nivel de servicios de salud y a nivel comunitario es sumamente débil e ineficiente.
2. Existe carencia de materiales y metodologías educativas.
3. Las adolescentes no tienen conocimientos adecuados sobre atención prenatal, lactancia materna y alimentación complementaria adecuada.
4. Las mujeres embarazadas no tienen adherencia a la suplementación con micronutrientes por falta de insumos en los servicios de salud y desconocimiento de sus beneficios.
5. No existen planes de emergencia familiar con fondos.
6. La alimentación complementaria es inadecuada (énfasis en la introducción de alimentos complementarios en niñas y niños de 6 a 8 meses, especialmente en la frecuencia y consistencia de la alimentación).

³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Cuellos de botella/barreras relacionadas a la reducción de la desnutrición crónica. Informe final de la línea de base realizada en los primeros 8 municipios priorizados por el Plan Hambre Cero*, UNICEF, Guatemala, Guatemala, 2012.

7. Los conocimientos y prácticas de lactancia materna son deficientes (por ejemplo, se practica el “uso de agüitas” como infusiones de agua con azúcar, anís

Los indicadores “más débiles o críticos” fueron aquellos relacionados a conocimientos adecuados con los siguientes resultados: atención prenatal (9%), lactancia materna (0,1%) y alimentación complementaria adecuada (26%).

Estos resultados fueron impactantes y evidenciaron el hecho de que, en materia de comunicación, información y educación, lo que se había venido haciendo no estaba teniendo el impacto necesario para prevenir y reducir la desnutrición crónica. Era necesario diseñar e implementar diferentes metodologías, para su aplicación directa en el nivel comunitario y de forma más participativa.

De esta forma se identificó la comunicación para el desarrollo como una buena respuesta a la forma de hacer comunicación en el nivel local, por lo que desde entonces se trabaja en la comunicación para el desarrollo como respuesta a los cuellos de botella principales.

Lección aprendida:

- La utilización de la metodología de monitoreo para una gerencia por resultados (MoRES) ha permitido ampliar el panorama del análisis de las causas de desnutrición crónica en el país y visualizar limitantes a los que no se les ponía adecuada atención. Permite salir de las intervenciones “convencionales” o “usuales” y explorar nuevos enfoques.
- Brinda un espacio para poder conformar un equipo multidisciplinario para trabajar un mismo objetivo, lo cual permite analizar la problemática desde varios puntos de vista.

- El análisis de los procesos a su vez, permite comprender mejor las relaciones de los distintos actores que tienen responsabilidad dentro del proceso analizado, y de esta forma se identifica cuál es la limitante que no permite alcanzar el impacto deseado.
- Este análisis nos permitió profundizar en cuáles son los conocimientos y las prácticas que son más débiles y que constituyen las limitantes para la reducción de la desnutrición crónica, por lo que brinda información muy valiosa para reorientar las acciones del programa de la CO.
- Se debe resaltar que la metodología permitió, a través de la discusión, poder pensar más allá de los indicadores que regularmente se colectan y permitió obtener información con la que no se contaba anteriormente y que impactó de tal manera la debilidad de los indicadores, que desde entonces ha dirigido gran parte de las acciones la CO.
- Finalmente, la metodología ha permitido la integración y coordinación entre distintos actores gubernamentales y de la cooperación internacional, fortaleciendo alianzas y trabajo conjunto.
- Se ha evidenciado la importancia de trabajar la metodología desde el inicio, con las entidades de Gobierno, ya que existe actualmente una apropiación del proceso, la adopción del sistema como parte del sistema de monitoreo del “Plan Hambre Cero” y la intención de llevar a escala la experiencia.
- Se considera que la metodología debe ser adaptada a cada contexto particular.
- La incorporación del Gobierno en el proceso desde un principio tal vez hace más lento el proceso pero garantiza la sostenibilidad.

Aplicación potencial:

Como ha sido demostrado en esta experiencia, la metodología de MoRES tiene la aplicación potencial para cambiar enfoques en cualquier temática.

- La metodología y posterior línea de base, brindó información muy valiosa a la cual no se le había dado la importancia necesaria en el abordaje de la temática. El Gobierno puso interés en la metodología y aceptó y se interesó en la información generada. A partir de esto se fortaleció el trabajo conjunto para el abordaje y solución a los “cuellos de botella” identificados.
- La discusión llevó igualmente a la inquietud de conocer más sobre las limitantes en términos de género e interculturalidad que impiden la reducción de la desnutrición crónica; razón por la cual se inició también un proceso de análisis de “cuellos de botella” de género en interculturalidad dentro del contexto del Plan del Pacto Hambre Cero. Esto ha generado la profundización en el tema de la desnutrición desde otras perspectivas que están ayudando a comprender mejor los factores que intervienen en la problemática y que ordinariamente no se han abordado.
- La metodología puede ser aplicada a cualquier temática. Para desarrollar el análisis de mejor forma es importante formar equipos interdisciplinarios desde el principio del análisis y desarrollar discusiones amplias sobre la temática y atreverse a “pensar fuera de la caja” y definir indicadores que puede ser que no se recolecten regularmente, pero que al final, puedan ser las limitantes claves que no están permitiendo avanzar en la dirección deseada.

Siguientes pasos:

- Dado que MoRES brindó los elementos para el desarrollo de la estrategia de comunicación para el desarrollo en seguridad alimentaria y nutricional de la oficina de país de UNICEF, el compromiso

en el desarrollo de las acciones y estrategias de respuesta a los “cuellos de botella” encontrados es aún mayor y ha establecido varios retos.

- La estrategia de respuesta (comunicación para el desarrollo) se inició en 8 municipios en el 2012. En el 2013 el Gobierno expandió la estrategia a 54 municipios y en el 2014 se llegó a 200 municipios. El reto es lograr el seguimiento y funcionamiento de la estrategia en estos 201 municipios.
- El análisis y la línea de base de “cuellos de botella” evidenció que la información necesaria no se recolecta regularmente, por lo que se debe desarrollar un sistema que nos permita ir monitoreando los avances en la reducción de los cuellos de botella. Es así como el mayor reto actualmente consiste en el desarrollo e implementación de un sistema de monitoreo de cuellos de botella en el nivel local comunitario.
- Para este fin se ha desarrollado un sistema de monitoreo local, a través de un instrumento pictórico que pueda ser utilizados por actores locales y por personas de la comunidad con el objetivo que la comunidad se involucre y participe en la recolección de la información, la analice, consolide y decida la orientación de las acciones específicas en el nivel local.
- El desarrollo de este sistema ha tomado bastante tiempo debido al involucramiento de los distintos sectores involucrados, pero al lograr su implementación, se habrá dado un gran paso en el seguimiento de la reducción de los “cuellos de botella” a nivel local y permitirá la focalización constante en donde más se necesita.
- Otro gran reto es determinar las acciones para abordar los “cuellos de botella” relacionados a género e interculturalidad relacionados a la desnutrición crónica. Actualmente se está finalizando la línea de base de esta temática y establecerá un plan de trabajo para abordar los hallazgos.

Grupo de madres trabajando en demostraciones de preparación de alimentos nutritivos. Momostenango, Guatemala.
© UNICEF Guatemala/2014/Santizo



Guatemala

Estrategia comunitaria de comunicación para el cambio social (C4D) contra la desnutrición

Categoría: buenas prácticas.

Área de enfoque o estrategia transversal: comunicación para el desarrollo.

País: Guatemala.

Título: Estrategia comunitaria de comunicación para el cambio social (C4D) en seguridad alimentaria y nutricional.

Enlaces relacionados: Informe Final. Línea final de evaluación "Proyecto Demostrativo 36-Cero Desnutrición". CECODE, Guatemala. Enero 2013. (Evaluación Externa).

Persona de contacto: María Claudia Santizo (mcsantizo@unicef.org), Oficial de Nutrición, UNICEF Guatemala; Eduardo Gularte (egularte@unicef.org), Oficial de C4D, UNICEF Guatemala.

Resumen:

En el año 2009, a pesar de campañas de medios masivos, desarrollo de material educativo y estrategias de consejería interpersonal, así como disseminación masiva de la información, se identificaron pocos avances en cambios logrados por las personas para mejorar su calidad de vida, especialmente, en lo referente a aspectos de salud y nutrición. Esto motivó a UNICEF Guatemala a pensar en otras estrategias de comunicación que pudieran ser puestas en marcha en procesos de mediano y largo plazo. Como seguimiento al mandato de Naciones Unidas (1996) y al Congreso Mundial de Comunicación para el Desarrollo, se optó por la comunicación para el desarrollo, la cual promueve la participación de los sujetos, quienes viven los problemas, en la toma de decisiones que generen cambios favorables en sus vidas y en las de sus comunidades.

En este contexto, se inició la intervención en tres municipios del departamento de Totonicapán, en el

occidente del país, promoviendo que los actores clave del nivel municipal asumieran como equipo de comunicación con capacidad fortalecida para planificar y ejecutar sus propias acciones educativas a nivel comunitario. Un año después se sumaron la totalidad de los municipios de este departamento (8 en total) a la estrategia de comunicación para el desarrollo. Fue así como se asumió a los equipos municipales conformados como una Subcomisión de Comunicación de la Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COMUSAN), siendo éste el paso principal para el inicio de su institucionalización en el sistema legal.

Esta intervención demostró mejoras de conocimientos, actitudes y prácticas en la población. En el año 2013 fue asumida como la estrategia para implementar el componente de educación alimentaria y nutricional del plan del Pacto Hambre Cero. Este plan, promovido por el gobierno de Guatemala), aglu-

tina al Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) en un equipo técnico facilitador del proceso de multiplicación de la experiencia en 54 municipios en 2013 y 147 más en 2014. Las subcomisiones de comunicación desarrollan acciones planificadas e interinstitucionales de educación comunitaria en seguridad alimentaria y nutricional (SAN) desde un enfoque participativo, lo cual incide en la promoción de cambios conscientes en padres y madres de familia a favor de la salud y la nutrición infantil.

Tema (antecedentes):

Guatemala ocupa el quinto lugar a nivel mundial con desnutrición crónica (49,8%), el primero en Latinoamérica y el primero en Centroamérica. La situación es una emergencia silenciosa, que consume el presente y futuro de los niños y niñas y no permite el desarrollo del país. Sin embargo, en 2009, a pesar de lo grave del problema, la invisibilidad del mismo era evidente, por lo que surge la inquietud en la oficina de país de UNICEF (CO por sus siglas en inglés) de buscar alternativas para trabajar el tema acercándose más a la comunidad.

En 2010-2012, UNICEF participa de un programa conjunto en el Departamento de Totonicapán con otras agencias de UN (FAO, PMA, OPS, UNFPA). UNICEF se hace cargo del tema de comunicación y se decide no optar por la comunicación tradicional, sino consecuentemente con la inquietud que se tenía, se inicia un proceso de comunicación para el desarrollo (C4D), desarrollando una estrategia en este sentido.

Adicionalmente, en 2012 la CO participa como país piloto para la experiencia de Análisis de “Cuellos de Botella” o sistema de monitoreo para una gerencia por resultados con enfoque de equidad (MoRES). Al realizar este proceso, en la línea de base se eviden-

ció que uno de los indicadores más críticos era el de conocimientos y por consiguiente también las prácticas relacionadas a alimentación infantil (lactancia materna y alimentación complementaria), así como la atención prenatal. Los conocimientos adecuados en lactancia materna no superaban el 0,1%, en alimentación complementaria 26% y en atención prenatal 9%.

Esto confirmó la necesidad de hacer las cosas diferente y se decidió cambiar del enfoque de comunicación tradicional, “vertical”, a una comunicación más participativa, dialógica, lúdica, educativa, transformadora. Es así como converge la estrategia de comunicación para el desarrollo, que se venía desarrollando en el programa conjunto (mencionado arriba), como respuesta al problema. Esta nueva estrategia de comunicación tenía las características principales de ser “de abajo – hacia – arriba”, participativa y que buscaba el empoderamiento de las comunidades, especialmente de las mujeres.

Estrategia e implementación:

La estrategia de (C4D) tiene las características descritas arriba, es decir, se cambia el enfoque de desarrollar estrategias de comunicación desde el nivel central y bajarlo hasta el nivel local, por la estrategia de partir desde el nivel local y expandirse horizontalmente, lo que permite una intervención contextualizada a la cultura y con apropiación del proceso por parte de los actores locales.

Para su implementación debe considerarse en primer lugar, un cambio de paradigma o de modelo comunicacional de parte de la institución. Es necesario pasar del enfoque que enfatiza el diseño de mensajes y piezas de comunicación por expertos desde un nivel central, hacia la generación de capacidades comunicacionales de los mismos actores municipales

y comunitarios para que sean ellos quienes se hagan cargo del proceso de comunicación para el cambio (individual y social). Reconociendo que padres y madres de familia no son más “público objetivo” sino “socios”, lo cual implica que ellos también generarán cambios en las instituciones (nosotros). También reconocer que los cambios no vienen de forma lineal ni mecánica sino que son multicausales y no siguen patrones definidos, lo cual implica desconfiar de estrategias basadas en recetas.

El proceso se centra en la formación de subcomisiones de comunicación que dependen de la Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COMUSAN) y cuyas acciones educativas llegan hasta las comunidades.

- Se inicia con un diplomado en comunicación para el desarrollo en seguridad alimentaria y nutricional, el cual pretende brindar los conceptos y competencias clave en comunicación para el desarrollo, impartido a 4 actores clave del nivel local: uno de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, uno del Ministerio de Educación y dos del Ministerio de Salud.
- Estas personas empiezan su trabajo conjunto y coordinado durante el diplomado realizando un diagnóstico de SAN en su municipio, una auditoría de comunicación e información, un “mapeo de alcances”, que luego les permite desarrollar un plan de comunicación conjunto.
- Estos actores tienen a su cargo la formación de la subcomisión de comunicación en el nivel municipal, formando adicionalmente alianzas con otros actores locales (Ministerio de Agricultura, Ministerio de Desarrollo Social y Empresas Privadas, etc.) e invitándoles a participar en la subcomisión y en el plan de trabajo.
- Se estandarizan los mensajes y se desarrollan las metodologías para llevar los mensajes. Es así como nacen distintas ideas como “juegos” populares, videos realizados por los actores locales de la comunidad, piezas de teatro, cuñas radiales, etc., los cuales luego se constituyen en la “caja de herramientas”, consistente en 35 herramientas educativas; sin que esto impida el desarrollo de nuevas herramientas de comunicación.

De esta forma, se está cambiando la forma de hacer comunicación para prevenir la desnutrición, al tiempo que no se depende únicamente de los servicios de salud.

Progreso y resultados:

La primera fase implementada en los 8 municipios de Tonicapán, permitió demostrar cambios en todos los elementos del proceso de comunicación, incluyendo en conocimientos, actitudes y prácticas atribuibles a la intervención. De emisores dispersos se pasó a emisores integrados, trabajando interinstitucionalmente en un plan conjunto. De medios tradicionales y unidireccionales se cambió a medios abiertos a la interacción (de trasladar información a generar participación). Especialmente, en el ámbito del referente (conocimientos, actitudes y prácticas del receptor), quedó demostrada la efectividad en mejora de conocimientos, actitudes y prácticas, gracias a la línea de base realizada al inicio de la intervención y la evaluación final (evaluación externa formal)¹ realizada 3 años después. Los principales resultados incluyen:

¹ Centro de Comunicación para el Desarrollo (CECODE) Guatemala. Línea final de evaluación “Proyecto Demostrativo 36-Cero Desnutrición”. Evaluación Externa. Guatemala, Guatemala. Enero 2013.

- El porcentaje de madres con niños/as de 0 a <24 meses que poseen conocimiento sobre la edad a la cual se debe comenzar a dar otros alimentos diferentes a la leche materna (a los 6 meses) aumentó un 23%.
- Las mujeres con niños de 24 a < 36 meses que opinan que es muy importante dar hierro cuando el niño/a tiene 6 meses de edad, aumento al 21%.
- Las mujeres con buen conocimiento sobre cuándo deben lavarse las manos aumentó un 15%.
- Otro aspecto de mejora consiste en la integración de medios locales de comunicación a las subcomisiones de comunicación, junto con instituciones como salud, educación y SESAN.
- Anteriormente, se debía contratar espacios en estos medios, luego del proceso en Totonicapán, los medios aportan sus espacios por ser parte del mismo equipo municipal de comunicación. Tal es el caso del programa infantil sobre SAN de la Red de Comunicadores Infantiles por la Salud y la Nutrición en Totonicapán “La Hora de los Pokes” que es un espacio donde semanalmente los niños y las niñas de establecimientos educativos comunican sobre un tema importante de la SAN que les ha sido asignado por sorteo. Este programa cumplió 3 años en el aire.
- Otro factor importante es la sostenibilidad obtenida en el proceso, debido a que no se trata de una intervención externa sino que se ha promovido la conformación de subcomisiones de comunicación con actores municipales. Esto ha hecho que se sientan parte fundamental del trabajo y que –como en el caso de Totonicapán- a pesar de ya no tener acompañamiento directo, se sigan reuniendo y trabajando en la realización de las actividades planificadas.
- El haber vinculado a la subcomisión a la COMUSAN por medio de un reconocimiento a través de acta, también ha garantizado el respaldo institucional.
- Se ha fortalecido la organización comunitaria en torno a la SAN. Las subcomisiones tienen el logro de haber conformado comisiones comunitarias de seguridad alimentaria y nutricional (COCOSANes), como parte de la promoción de cambios a nivel local. Líderesas de estas instancias han asumido el papel de comunicadoras con sus vecinas.
- Un resultado importante es el que el gobierno de Guatemala haya asumido la comunicación para el desarrollo como la estrategia para implementar la educación alimentaria y nutricional (componente 3 del plan del Pacto Hambre Cero). De esta manera, se contó con el pleno respaldo de las autoridades para multiplicar la experiencia en más municipios: se conformó una mesa técnica integrada por el Programa de Educación en Salud (PROEDUSA) del Ministerio de Salud, la Dirección de Fortalecimiento de la Comunidad Educativa (DIGEFOCE) del Ministerio de Educación y el Departamento de Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN).
- Se capacitó a 42 delegados de estas dependencias del nivel central como facilitadores de CpD/SAN. Estos facilitadores capacitaron a delegados departamentales de las mismas instituciones en 20 departamentos del país en el tema CpD/SAN, con lo cual se vinculó a autoridades departamentales para que apoyasen la estrategia. Y, finalmente, estos facilitadores han capacitado a alrededor de 580 delegados municipales de salud, educación y SESAN en el Diplomado C4D/SAN. Siendo éstos quienes van a conformar las subcomisiones de comunicación en 147 nuevos municipios.
- Adicionalmente, se puede mencionar que la metodología ha despertado el interés de otros sectores, como por ejemplo la iniciativa privada, quienes a través de la agrupación CENTRARSE, la cual reúne a varias empresas, han solicitado y concluido el diplomado, impartido inicialmente

a 12 empresas que estarán implementando acciones a lo interno de sus empresas y en su labor social empresarial en las comunidades que atienden, utilizando la metodología de C4D, alcanzando de esta forma por lo menos a 50 familias en una primera etapa.

- De igual forma, se está conversando con las iglesias (Católica y Evangélica) para integrarlas a la capacitación y la estrategia el próximo año.

Buena práctica:

- El cambio de estrategia para promover cambios a favor de la salud y la nutrición infantil desde la comunicación para el desarrollo ha fortalecido el potencial ciudadano y la gobernanza, contribuyendo más allá del mero cambio individual de comportamiento. Los actores municipales vinculados a la seguridad alimentaria y nutricional trabajan de manera integrada y coordinada con base en un plan de comunicación elaborado desde el “Mapeo de Alcances” (lógica multicausal) donde se reconoce que el cambio está en manos del mismo sujeto y el papel de la iniciativa o las instituciones es el de influir, pero de una manera integrada. Como se reconoce esta capacidad, también se reconoce la capacidad de padres y madres de familia, de poder decidir sobre sus vidas. Por lo que la C4D lo que ofrece es apoyar al sujeto en ese proceso de decisión, ayudándole a encontrar opciones contextualizadas y desde su propia cultura.
- La implementación de esta estrategia desde los actores municipales, ha servido para valorar el aporte desde lo local y demostrar que las estrategias deben ser planteadas desde el territorio, promoviendo más que mensajes o piezas de comunicación, todo el proceso que fomenta el diálogo y la participación. Así, padres, madres, niños, niñas, comadronas, etc. se han convertido en emisores de sus propios mensajes. Se han generado espacios para dialogar, preguntar, proponer, etc. con base en los problemas identificados. Y sobre todo, para tomar decisiones.
- Se ha probado una ruta metodológica con elementos comunes (aunque en su aplicación puede ser diferenciada) donde la C4D ayuda a diseñar y facilitar procesos de cambios sociales desde los sujetos. Y esto, con el pleno respaldo institucional gubernamental, que además, como en el caso de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional – SESAN-, ya ha empezado a colocar recursos financieros de su presupuesto para este proceso.
- Ha sido además, una estrategia que ha empezado a aglutinar a más sectores como el privado, iglesias, academia, etc., que se han ido integrando con sus aportes o con el traslado metodológico a sus operaciones de educación con las comunidades, lo cual está potencializando los recursos para la expansión de la metodología.

Aplicación potencial:

- La estrategia de C4D no es exclusiva para el abordaje de temas de salud y nutrición infantil, dado que su énfasis es la promoción de cambios que garanticen la calidad de vida y el goce de los derechos humanos en el territorio, todos los temas relacionados con este fin pueden hacer uso de la misma. Así, la estrategia ha permitido abordar problemas considerados por los mismos sujetos como raíces de los problemas de desnutrición, entre ellos el alcoholismo o el patriarcalismo.
- Puede aplicarse a un nivel diferente al municipal. Por ejemplo, el esfuerzo de integración realizado desde el nivel central (nacional) demuestra que es factible un cambio de paradigma en la manera de

promover los cambios en las personas. Hoy en día PROEDUSA/MSPAS ya ha asumido como propia la estrategia en todos los demás campos de la salud. La estrategia también se ha compartido con la iniciativa para la reducción de los desórdenes de yodo en Latinoamérica (ICCIDD) en tres talleres subregionales (Argentina, Guatemala y Ecuador), como una manera de trabajar la parte educativa en cada país.

se vuelva una práctica constante. Durante su aplicación por parte de algunas subcomisiones en 2014, este ha demostrado su utilidad para priorizar el trabajo, especialmente con madres y adolescentes.

Siguientes pasos:

- El principal desafío es garantizar la continuidad del proceso a pesar de los cambios en autoridades gubernamentales, es por ello que se contempla que a este proceso se sumen otros actores también de la sociedad civil.
- A nivel municipal se ha demostrado que esta opción permita trascender los cambios de personal, pues el equipo sigue funcionando. Parte del reto es que se logre firmar una carta de entendimiento entre Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y SESAN que deje por escrito el compromiso de cada institución por trabajar de manera coordinada esta estrategia tanto a nivel nacional, departamental, municipal y comunitario (esto será en el próximo mes).
- Un siguiente desafío es garantizar que las acciones de educación comunitaria de las subcomisiones de comunicación correspondan a lo planificado desde el “Mapeo de Alcances”, esto implica un acompañamiento más cercano, para lo cual se deberá fortalecer más a los equipos departamentales de salud, educación y SESAN. De lo contrario se corre el riesgo de caer en activismo sin rumbo.
- Se fortalecerá más el sistema de monitoreo, aunque ya se ha avanzado en la creación de un sistema de monitoreo comunitario sencillo y muy visual, es necesario que el uso del mismo

Guyana

Formación de consenso sobre el desarrollo del niño en la primera infancia en el sector de la salud de Guyana

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: supervivencia y desarrollo infantil, con énfasis en el desarrollo del niño en la primera infancia.

País: Guyana.

Título: Formación de consenso sobre el desarrollo del niño en la primera infancia en el sector de la salud de Guyana.

Enlaces relacionados: N/A

Persona de contacto: Cornelly McAlmont (cmcalmont@unicef.org), oficial de Supervivencia y Desarrollo Infantil, UNICEF Guyana.

Resumen:

En julio de 2014 se comenzó a fomentar la capacidad para el desarrollo del niño en la primera infancia (DPI) en las clínicas materno-infantiles de Guyana. Hasta entonces, el DPI estaba limitado a los sectores de la educación y los servicios sociales. El reconocimiento de que el sector de la salud ofrecía oportunidades suficientes para introducir el DPI gracias al amplio alcance de los servicios y controles médicos del sistema Well Child Health para niños de 0 a 3 años fue el estímulo necesario para integrar el desarrollo del niño en la primera infancia en el sector de la salud.

Para implementar el DPI en el sector de la salud fue necesario explicar a los profesionales sanitarios el concepto y su potencial para los niños pequeños, las familias y la sociedad; establecer un grupo de trabajo técnico para crear y desarrollar el currículo integrado y la guía del facilitador sobre DPI, y encontrar

a los expertos necesarios para el componente de desarrollo de la capacidad. Tres meses después de la intervención, el programa ha cosechado beneficios relacionados con el sentido de propiedad del programa, la inclusión de un módulo de DPI en los cursos normalizados para los trabajadores sanitarios de la comunidad y la aplicación experimental del programa en una región del interior donde no existen guarderías ni instalaciones para grupos de juego. Hasta la fecha, 12 trabajadores sanitarios de la comunidad han recibido capacitación sobre los principios y prácticas del DPI. Abundan las oportunidades para aplicar esta iniciativa en mayor escala en programas básicos de capacitación en enfermería previa al servicio y en cursos más avanzados dentro de programas técnicos y clínicos para agentes de divulgación sanitaria, parteras, visitantes médicos y personal de enfermería de salud pública.

Tema (antecedentes):

El Ministerio de Salud, por medio de su programa de salud familiar, presta servicios básicos de atención infantil mediante una red de centros de atención primaria de nivel I y II en todo el país. El personal de dichos centros está integrado por trabajadores sanitarios de la comunidad en los dos niveles de atención mencionados, así como por agentes de divulgación sanitaria, visitantes médicos y personal de enfermería de salud pública, que incluye personal de servicios clínicos y técnicos. Los servicios de atención infantil se prestan por medio de las Well Child Clinics, donde se controla el crecimiento y el desarrollo de los niños con especial atención a los hitos del desarrollo y a las nuevas curvas de crecimiento de la OMS.

Una revisión aleatoria de las nuevas curvas de crecimiento a nivel nacional y subnacional reveló que pocas veces se controlan y registran los hitos del desarrollo. Las nuevas curvas de crecimiento revelaron datos incompletos sobre los hitos del desarrollo y análisis comparativos deficientes de los gráficos de crecimiento y desarrollo. Las anomalías registradas en las nuevas curvas se debieron a que los profesionales de la salud se basaban en las declaraciones de los padres o cuidadores y pocas veces o nunca hacían observaciones directas en las Well Child Clinics. Por este motivo, en muchos casos los hitos de cada edad se habían calificado incorrectamente y no encajaban en la escala de logros. Además, muchas comunidades del interior no cuentan o casi no cuentan actualmente con guarderías, lo que puede afectar el DPI. Por lo tanto, era fundamental que el sector de la salud, más que otros sectores, aprobara la iniciativa. El DPI puede integrarse a la salud por medio de programas de salud maternoinfantil, por ejemplo, en la atención previa a la concepción en las Well Child Clinics y en los controles prenatales y posnatales.

Estrategia e implementación:

El DPI se introdujo experimentalmente en el sector de la salud en esta región del interior con el fin de atender las necesidades de los niños preescolares en zonas donde no existen guarderías y muchos niños nunca han tenido acceso a servicios de DPI. En el interior vive la mayoría de la población indígena (12% de la población del país). Los niños que viven en zonas ribereñas o en zonas rurales apartadas no reciben estimulación temprana en estructuras formales; solo la que sus padres y otros familiares son capaces de ofrecerles y la que brinda el sector público en clínicas de salud infantil. Por consiguiente, la intervención focalizada busca fortalecer la equidad, es decir, la estimulación de los niños en ámbitos sanitarios, en el hogar y en la comunidad. Esta escasa cobertura y la baja calidad de los programas de estimulación atentan contra la meta nacional de equidad en la salud, basada en los supuestos y en el dogma de la cobertura universal.

Las estrategias de implementación de la intervención de DPI comprenden:

- Promoción y comunicación, y construcción de alianzas entre encargados de formular políticas y adoptar decisiones: la dirección médica de los servicios de salud materno-infantil, la dirección de los servicios regionales de salud, la dirección de la unidad de política alimentaria del Ministerio de Salud y la dirección de los servicios de guardería del municipio de Georgetown, a las que se informó sobre las competencias y las memorias institucionales relativas al potencial del DPI entre sectores y dentro de estos; por lo tanto, la actividad de promoción y comunicación abarcó una combinación de servicios públicos nacionales y municipales.
- Utilización de expertos de disciplinas variadas para diseñar y desarrollar el currículo integrado y

la guía del facilitador de DPI, en una colaboración entre el Ministerio de Salud y UNICEF, que brindó apoyo y asistencia técnica a través de su oficial de Aprendizaje y Desarrollo y su oficial de Supervivencia y Desarrollo Infantil.

- Aplicación de los principios y procesos de diversas estrategias, como la participación comunitaria, la iniciativa para la seguridad materna, la gestión integrada de enfermedades de la infancia, la gestión comunitaria de enfermedades de la infancia y los determinantes sociales de la salud.
- La Unidad de Educación en Ciencias de la Salud, del Ministerio de Salud, facilitó la elaboración del calendario, apoyando y coordinando la capacitación en el servicio de trabajadores de la salud sobre DPI, y movilizándolo y ayudando a los facilitadores en la capacitación a nivel subnacional.

El personal de Educación en Ciencias de la Salud colaboró con el Ministerio de Gobierno Local y con comunidades a nivel subnacional para promover la idea del DPI en el sector de la salud y para asegurar que hubiera innovadores pioneros interesados en la intervención prevista.

Progreso y resultados:

El programa está en su etapa inicial en clínicas de salud materno-infantil. Los factores habilitantes de la intervención prevista son:

- Una visión común del DPI en el sector de la salud.
- Coherencia para aumentar la colaboración intrasectorial en el Ministerio de Salud, particularmente en el servicio de salud materno-infantil del Departamento de Salud Regional, en la Unidad de Educación en Ciencias de la Salud (capacitación) y en la División de Políticas Alimentarias, a fin de institucionalizar el DPI en el sector de la salud.
- Mayor colaboración intersectorial entre el Ministerio de Trabajo y Servicios Humanos,

Sociales y de Seguridad, con énfasis en la Agencia de Atención y Protección a la Infancia, y el Ministerio de Educación (educación preescolar).

Hasta la fecha, los logros han sido:

- La intervención de DPI prevista fue circunscrita y se experimentó en dos niveles de prestación de servicios: puestos de salud (nivel 1) y centros de salud (nivel II) del sistema de atención primaria de la salud, en la región 9.
- Hasta la fecha, 12 trabajadores sanitarios de la comunidad fueron capacitados para difundir conocimientos y aptitudes sobre DPI, con énfasis en los componentes de estimulación y detección temprana, y para mejorar el control del crecimiento y el desarrollo, especialmente teniendo en cuenta los hitos del desarrollo en cada edad (poco utilizados por los profesionales de la salud), de acuerdo con la nueva curva de crecimiento de la OMS.
- Se equiparon centros de salud con materiales y suministros básicos para observar el juego y la interacción entre padres o cuidadores y sus hijos pequeños, o entre los niños pequeños y los profesionales de la salud, para captar los hitos del desarrollo correcta y regularmente.

Dificultades:

1. Incapacidad de vigilar el programa piloto en la estación lluviosa, que hace físicamente inaccesibles a las aldeas apartadas durante 3 o 4 meses al año.
2. Limitación del apoyo y seguimiento personal.
3. Limitación de la supervisión y el adiestramiento para garantizar la aplicación apropiada de las normas de DPI.

Lección aprendida:

Los valores agregados de esta intervención fueron:

- Los encargados de formular políticas y adoptar decisiones en el sector de la salud dejaron constancia de su ventaja competitiva en la prestación de un paquete integral de atención para mujeres embarazadas en clínicas prenatales y posnatales y para padres, madres y otros cuidadores en clínicas de salud infantil.
- Capacidad de movilizar al sector de la salud para incorporar el DPI en el sector de la salud dentro de un paquete de servicios prestados especialmente en el grupo de edad de 0 a 3 años, es decir, preescolares que se atienden con frecuencia en centros de salud en los primeros tres años de vida.
- Capacidad y disposición de los trabajadores de la salud para aumentar el conocimiento y las aptitudes de los padres y cuidadores en todas las áreas del DPI y, por extensión, de la comunidad en general, creando así un ambiente propicio para la participación comunitaria.

En resumen, las lecciones aprendidas (las cosas que funcionaron bien) fueron:

- Distribución de recursos financieros (oficiales de programa de Aprendizaje y Desarrollo y de Supervivencia y Desarrollo Infantil de UNICEF) y conocimientos especializados para preparar el proyecto de currículo integrado sobre DPI y el manual del facilitador.
- Análisis continuo del ambiente que propició la oportunidad de reintroducir el DPI en el sector de la salud.
- Énfasis en un equipo multidisciplinario para colaborar en el proceso de desarrollo de la capacidad en el sector.
- Facilitación y aprovechamiento de la experiencia de los trabajadores que reciben capacitación en el currículo sobre DPI, lo que fue estimulante y

favoreció la disposición a aplicar lo aprendido en los ámbitos clínicos de inmediato.

Algunas cosas que no funcionaron bien fueron las siguientes:

1. No se pudo lograr que los facilitadores implementaran puntualmente el currículo integrado sobre DPI.
2. La utilización de asistencia técnica y apoyo con atención a los recursos financieros (procedimientos internos de la agencia) demoró el inicio de la actividad.
3. Las malas condiciones del tiempo impidieron que muchos trabajadores de la salud se trasladaran desde sus aldeas hasta el centro de capacitación.
4. La información que brindaron los centros sobre los trabajadores de la salud fue limitada, lo que impidió una distribución puntual de los materiales y suministros didácticos.

Aplicación potencial:

El programa experimental puede reproducirse en otras partes. De hecho, existe una propuesta para:

- Implementar el DPI en el sector de la salud para trabajadores sanitarios de la comunidad, asistentes de rehabilitación, parteras y agentes de divulgación sanitaria (Medex), que son algunas de las categorías de trabajadores que trabajan en centros de salud en el interior.
- Instrumentar el currículo integrado sobre DPI en el programa de capacitación básica en enfermería previa al servicio; el programa de auxiliar de enfermería; el programa de enfermería profesional y los programas de capacitación avanzada para parteras, agentes de divulgación sanitaria y enfermeras de salud pública.

Siguientes pasos:

Esta es una nueva iniciativa y los próximos pasos se describen a continuación:

- Desarrollar la capacidad de trabajadores sanitarios de la comunidad en las regiones 1 y 7.
- Hacer un seguimiento y evaluación (evaluación del proceso) del DPI en el sector de la salud.
- Fortalecer la gestión y coordinación para eliminar los cuellos de botella, p. ej. para acceder a los fondos oportunamente y confirmar los recursos disponibles a fin de planificar el calendario de capacitación sobre DPI en el sector de la salud.
- Exhortar al Ministerio de Salud a crear oportunidades de presupuestación intrasectorial para sostener la iniciativa de DPI en programas de capacitación básica previa al servicio y durante al servicio, a fin de institucionalizar y sostener el DPI en la salud.

Nicaragua

Una experiencia conjunta de UNICEF, Better Work y SoyNica, para elevar la lactancia materna en las empresas de zonas francas en Nicaragua

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: asociación y abogacía en nutrición.

País: Nicaragua.

Título: Una experiencia conjunta de UNICEF, Better Work y SoyNica, para elevar la lactancia materna en las empresas de zonas francas en Nicaragua.

Enlaces relacionados:

<www.soynica.org>

<www.betterwork.org>

Persona de contacto: Rafael Amador Rodezno (ramador@unicef.org), Especialista de Salud, Nutrición y VIH, UNICEF Nicaragua.

Resumen:

Se desarrolló una alianza de trabajo entre programas del Sistema de Naciones Unidas (SNU), ONG's y empresas de la maquila del sector privado, con el fin de que estas últimas invirtieran fondos para implementar acciones de promoción y protección a la lactancia materna exclusiva de los niños de las trabajadoras, la cual es apenas del 10% en este sector¹, mientras la tasa nacional es de 31,7% (ENDESA 2011/12).

En esta experiencia, parte de las acciones están dirigidas al uso de evidencias, con las cuales los potenciales protagonistas del proceso (las

empresas) tomen decisiones informadas que les permitan cumplir con lo definido en el Código del Trabajo, la Ley de la Seguridad Social y la Ley para la Promoción y la Protección de la Lactancia Materna; lo que a su vez les ayude a ser más productivos y competitivos, así como sentar las bases o contribuir al desarrollo pleno de los hijos de sus trabajadores.

Tema (antecedentes):

Solo el 10% de las niñas y niños gozan de su derecho a una lactancia materna exclusiva en las empresas del sector de maquila en Nicaragua. Ello

¹ Organización Internacional del Trabajo, Better Work, *Estudio CAP sobre lactancia materna en 15 empresas de la maquila en Nicaragua*, Managua, Nicaragua, 2013.

implica que todos los beneficios que una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida provee a los niños, las familias y la sociedad está siendo negada (prevención de muertes neonatales en un 22%², disminución de eventos agudos de enfermedades respiratorias, digestivas y alergias, mayor desarrollo de su potencial intelectual³ y la protección contra enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, obesidad, hipertensión y otras cardiopatías, alergias, algunos tipos de cáncer en otros momentos de la vida^{4,5}).

De mantenerse esta situación, además de los problemas de salud asociados, el impacto económico en las familias y en las empresas (tanto en horas de trabajo perdidas por acompañamiento a sus hijos por enfermedad, disminución de la productividad en la empresa, limitación al desarrollo pleno emocional e intelectual de los niños)^{6,7,8} y en la sociedad; provocan enormes cargas que ponen en riesgo la sostenibilidad de los servicios de salud y los potenciales de desarrollo de las sociedades.

Además de los beneficios en salud a corto plazo de la lactancia materna, mencionados anteriormente y su preparación más efectiva para prevenir enfermedades crónicas, existen otros impactos referidos en la literatura como:

- Reducción de costos de salud: la lactancia materna puede reducir los costos de salud para madres y niños y niñas. Por cada 1,000 bebés que no son amamantados, hay 2,033 visitas extras a médicos, 212 días extras en el hospital y 609 prescripciones extras⁶.
- Reducción de ausentismo: ausencias de un día por enfermedad de los niños o niñas tienden a ser dos veces más comunes en madres que alimentan a sus bebés con alimentos procesados que madres que amamantan⁷.
- Retención de trabajadoras calificadas: las altas tasas de rotación de las madres trabajadoras, implican mayores costos para las empresas. Los empleadores están interesados en retener trabajadoras calificadas, incluyendo aquellas que reciban subsidio materno. Los programas para familias ayudan a los trabajadores a equilibrar sus compromisos familiares y de trabajo, y pueden tener un impacto positivo en la retención; lo cual representa un ahorro a la empresa. Un estudio de múltiples empresas con programas de apoyo a la lactancia materna encontró que la tasa de retención promedio era del 94%⁸. Estos impactos llevados a escala, tienen repercusiones tanto financieras, de desarrollo y de derecho. Aún falta evaluar esto en su dimensión correcta y usarlo para la abogacía de políticas públicas de cara a garantizar el mejor comienzo de nuestra niñez.

² Jones, G., et al., The Bellagio Child Survival Study Group, 'How many child deaths can we prevent this year?', *The Lancet*, 2003, 362: 65-71.

³ Bhutta, Z.A., et al., The Lancet Nutrition interventions Review Group, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. The Lancet Series for Maternal and Child Nutrition. 'Paper 2: Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?', *The Lancet*, 2003, 382: 452 -77.

⁴ Ruel, M.T., and Alderman, H., 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?', Paper 3. Lancet Maternal and Child Nutrition Series, *The Lancet*, 2013, 382: 536 -51.

⁵ Geneva Infant Feeding Association (GIFA), IBFAN, *Lecturas Lactancia. Lactancia Materna, Obesidad Infantil y la Prevención de Enfermedades Crónicas No. 38*, San José, Costa Rica, 2003.

⁶ Ball, T.M., and Wright, A.L., 'Health care costs of formula feeding in the first year of life', *Pediatrics*, 1999, 103(4): 870-876

⁷ Cohen, R., Mrtek, M.B., and Mrtek, R.G. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations, *American Journal of Health Promotion*, 1995, 10(2): 148-153.

⁸ Ortiz, J., McGilligan, K., and Kelly, P., 'Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program', *Pediatric Nursing*, 2004, 30(2): 111-119.

Estrategia e implementación:

- Habiendo transmitido esta situación y conociendo la necesidad de demostrar a las empresas los beneficios de invertir en la promoción de la lactancia materna, se logró que el programa Better Work (BW) de OIT asumiera el reto y lo incorporara como parte de la oferta de servicios de acompañamiento ofrecidos a las empresas.
- Se construyó una asociación entre UNICEF, el programa BW de OIT, la ONG SoyNica y las empresas de maquila. BW inició operaciones en Nicaragua en 2011 (además de 7 otros países), teniendo como objetivo desarrollar procesos de mejora continua en las empresas de las maquilas desde un abordaje de responsabilidad social empresarial (RSE). Para completar la implementación de los contenidos de consejería y apoyo a la lactancia, se incorporó a SoyNica, ONG con más de 35 años trabajando en consejería nutricional y lactancia.
- UNICEF presentó las evidencias sobre el impacto de la implementación de la lactancia materna (LM), su vinculación con el derecho laboral, evidencias del retorno que la inversión en LM produce para las empresas, a diferentes grupos que trabajaban en RSE.
- Se identificó que BW Indonesia (país participante del programa de BW) había elaborado una guía para promover la lactancia en empresas. Este material sumado a experiencias similares desarrolladas por UNICEF en Venezuela y el acompañamiento técnico de UNICEF en Nicaragua, sirvieron de base para, en conjunto, elaborar una guía adecuada a las necesidades nicaragüenses.
- Esta guía fue oficialmente presentada el 16 de mayo del 2014 ante la presencia de 8 empresas de maquila establecidas en Nicaragua y con una

amplia cobertura de los medios de comunicación. Durante este lanzamiento, las empresas del grupo Hansae presentaron con mucho orgullo y entusiasmo como habían asumido esta inversión como un compromiso desde el máximo nivel de la gerencia, seguros de que esta es correcta y rentable, concretando la construcción de los lactarios en sus empresas, junto con la implementación de un programa de consejería en lactancia. Todo esto como un paso adelante en la búsqueda de la creación de entornos de apoyo a la lactancia, nutrición y desarrollo de los hijos de sus trabajadores.

Progreso y resultados:

Mediante un trabajo de abogacía basada en evidencias sobre el impacto positivo que la implementación de la lactancia materna produce en el entorno de trabajo:

- UNICEF logró implementar un trabajo conjunto con Better Work (BW) de OIT y una ONG especializada en consejería en lactancia materna y nutrición materna (SoyNica) para promover la lactancia en empresas de la maquila en Nicaragua.
- BW y UNICEF adaptaron la “Guía para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna” en entornos de trabajo.
- Este trabajo conjunto permitió a BW incorporar esta acción como parte de la oferta de servicios que el proyecto brindará a las empresas que trabajaban con ellos.
- Como una fase inicial, el grupo empresarial Hansae comenzó a financiar la implementación de las acciones propuestas habiendo construido y acondicionado espacios para lactarios y desarrollado un programa de capacitaciones en consejería para la lactancia materna a través de cursos pagados con los fondos que el grupo cotiza al INATEC (Instituto Nacional de Tecnología) y fondos propios.

- Hansae ha comenzado a hacer lobby con otras empresas y grupos para que comiencen a invertir en esta iniciativa. A la fecha, 7 empresas más han manifestado su interés de hacerlo a corto plazo.

Lección aprendida:

- El uso de evidencia oportuna permitió implementar acciones conjuntas que potencializaron e incrementaron la efectividad de las intervenciones tanto de UNICEF, BW/OIT y SoyNica.
- Estas acciones conjuntas permitieron presentar a las empresas, de manera homologada, metodologías y procesos estructurados, tareas definidas y medios para implementar la sostenibilidad de las mismas; así como una clara evidencia del beneficio que se produce para los trabajadores, las empresas y la sociedad.
- Esta práctica permitió a UNICEF desarrollar parte de su programa de cooperación, aportando solo asistencia técnica y apalancando fondos para la implementación de las acciones.
- Así mismo, se logró que grupos que no trabajaban el tema de lactancia materna se convirtieran en sus promotores e implementadores.

Aplicación potencial:

- La experiencia desarrollada por el grupo empresarial Hansae está siendo transmitida por ellos mismos a otras empresas y siete ya han manifestado su interés en iniciar estas acciones en el corto plazo.
- Se están haciendo esfuerzos para comenzar a hacer una realidad el derecho de los niños de trabajadoras del sector formal a la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida, pero es necesario reforzar las acciones que construyan entornos favorables para la lactancia extendida hasta los 24 meses.

- Pese a estos esfuerzos, la remoción de las múltiples barreras que conllevarían a un entorno favorable para el incremento de la LME aún está lejos de lograrse, entre ellos, las barreras que impiden una consejería sistemática y adecuada en apoyo a la madre para prepararla al proceso de ablactación. La evidencia indica que una mala ablactación es un factor de riesgo para el desarrollo de una mala nutrición, aun cuando se hubiera dado LME los primeros 6 meses. Esto reforzaría el cumplimiento adecuado de la estrategia global de alimentación del lactante y del niño pequeño desarrollada por la OMS y UNICEF.
- Para superar parte de estos obstáculos, se ha comenzado a desarrollar una propuesta, que con base a evidencias, proponga a los gobiernos a través de sus cuerpos legislativos, extender el período post natal legalmente a 6 meses. En pocas palabras, "hacer coherente la ciencia con las leyes".
- La propuesta se hace en conexión con la implementación de las políticas y/o leyes relacionadas con la primera infancia, seguridad alimentaria, acciones para disminuir la malnutrición, la lucha contra la mortalidad materna y neonatal e infantil, y planes para el manejo de enfermedades crónicas.

Siguientes pasos:

- Se ha definido un plan de seguimiento conjunto entre UNICEF, BW y SoyNica para evaluar los avances y analizar los obstáculos o situaciones a mejorar; así como programar la respuesta a la demanda de servicios en consejería y creación de lactarios que otras empresas han comenzado a requerir.
- Reforzar los instrumentos de análisis de costo-beneficio y de producción de evidencia que apoyen la abogacía de acciones similares en otras empresas.



La iniciativa Toy Contigo promueve la lactancia materna a través de SMS.

© UNICEF Nicaragua/2014/M. García

Nicaragua

Toy Contigo: mensajes de texto (SMS) para apoyar el asesoramiento en nutrición y lactancia en Bluefields, Región Autónoma Caribe Sur, Nicaragua

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: comunicación para el desarrollo en nutrición.

País: Nicaragua.

Título: Toy Contigo: Mensajes de texto (SMS) para apoyar el asesoramiento en nutrición y lactancia en Bluefields, Región Autónoma Caribe Sur, Nicaragua.

Enlaces relacionados:

<www.chatsalud.org>

<www.mobilemamaalliance.org/mobile-messages-download>

Persona de contacto: Rafael Amador Rodezno (ramador@unicef.org), Especialista en Salud, UNICEF Nicaragua.

Resumen:

En Nicaragua, solo 3 de cada 20 madres de bebés de 0 a 6 meses de edad practican la lactancia materna exclusiva (Encuesta Demográfica y de Salud de 2011), y la situación no ha cambiado en más de 10 años (EDS de 1998, 2006, 2011/12). La falta de asesoramiento continuo y de buena calidad sobre nutrición y lactancia materna se ha señalado como un cuello de botella importante. Por ejemplo, si no existe un servicio de asesoramiento comunitario con visitas domiciliarias, las altas tasas de lactancia materna que se logran en los hospitales descienden en los 10 días siguientes al nacimiento.

Se estima que el 90 % de los nicaragüenses tienen acceso a un teléfono celular (Unión Internacional

de Telecomunicaciones, 2014). “Toy Contigo” fue creado en el primer “laboratorio de innovación” que UNICEF Nicaragua organizó en noviembre de 2013, en una colaboración entre los sectores público y privado, estudiantes y artistas. La idea era aprovechar la tecnología de los SMS a fin de promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, como estrategia clave para reducir la mortalidad infantil y las enfermedades crónicas en Nicaragua.

Nuestra intervención aumentará las comunicaciones entre las mujeres embarazadas, los familiares que son “defensores” de la lactancia materna, los trabajadores sanitarios de la comunidad y el sistema local

de salud de Bluefields, Región Autónoma Caribe Sur de Nicaragua. El sistema seguirá promoviendo la educación continua sobre lactancia materna exclusiva para las mujeres embarazadas y creará una red para apoyarlas por medio de los defensores y los trabajadores sanitarios de la comunidad. Aunque la tasa de penetración de los celulares asciende a casi el 90%, las intervenciones anteriores no pudieron aplicarse con la misma facilidad debido a factores lingüísticos o culturales.

Tema (antecedentes):

Si el 90% de los lactantes fueran alimentados exclusivamente con leche materna desde que nacen hasta los 5 meses de vida y siguieran alimentados con leche materna entre los 6 y los 11 meses, la mortalidad infantil disminuiría un 13% en todo el mundo, según estimaciones.¹

En Nicaragua, solo 3 de cada 10 madres de bebés de 0 a 6 meses de edad practican la lactancia materna exclusiva (Encuesta Demográfica y de Salud de 2011), y la situación no ha cambiado en más de 10 años (EDS de 1998, 2006, 2011/12). Aunque la cobertura nacional de la atención prenatal se sitúa en torno al 70%, en nuestro lugar de intervención es de apenas el 50%. Las mujeres embarazadas deberían conocer las ventajas de practicar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida como mínimo; sin embargo, el cumplimiento de esta práctica se ve obstaculizado por la información incorrecta, la propagación de mitos, la falta de apoyo

familiar y la limitación de los recursos comunitarios para apoyar a las madres, así como por el acceso limitado a los centros de salud en nuestra zona de intervención.

Se ha informado que las intervenciones de capacitación en hospitales podrían aumentar las tasas hospitalarias de lactancia temprana hasta en un 70%. Sin embargo, si no existe un asesoramiento comunitario con visitas a domicilio, estas tasas caen en los 10 días siguientes al nacimiento, y solo el 30% de los lactantes siguen alimentados con leche materna en forma exclusiva. Al comparar dos grupos de ensayo de madres y recién nacidos que fueron objeto de un seguimiento desde los 10 hasta los 180 días de nacidos, los modelos de lactancia materna exclusiva difirieron considerablemente, con una prevalencia media agregada del 45% en el grupo asignado al asesoramiento hospitalario y comunitario, frente al 13% en el grupo asignado a la intervención de capacitación hospitalaria solamente.²

Usando este concepto comprobado para afrontar uno de los mayores obstáculos a la lactancia materna exclusiva, este proyecto usará mensajes de texto para aumentar la interacción entre las madres recientes, los trabajadores sanitarios de la comunidad y el sistema de atención médica, a fin de formar una red de asesoramiento y apoyo para incrementar las tasas de lactancia materna.

¹ Jones, G., et al., The Bellagio Child Survival Study Group, 'How many child deaths can we prevent this year?', *The Lancet*, 2003, 362: 65-71.

² Bechara-Coutinho, S., et al., 'Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding', *The Lancet*, 2005, 366: 1094-1100.

Estrategia e implementación:

Este proyecto fue llevado a cabo en un laboratorio de innovación de UNICEF en noviembre de 2013.

1. En una etapa experimental de aumento del contacto y la educación para mujeres embarazadas y nuevas madres, se está adaptando una serie predefinida de mensajes educativos creados por la organización Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA) a lenguas caribeñas que se hablan en Nicaragua. Una vez terminado este proceso, estos mensajes adaptados se transmitirán por mensajes de texto (usando la plataforma RapidPro³) para reforzar hábitos apropiados relacionados con la lactancia materna exclusiva, estimular la observancia de la práctica y aumentar el contacto con sistemas de salud que normalmente estarían limitados por la geografía. Usando la función de conversación por teléfono móvil, el servidor RapidPro de SMS enviará automáticamente mensajes individuales a mujeres embarazadas y madres lactantes, en respuesta a sus preguntas y necesidades.
2. Mecanismo de apoyo en tiempo real para madres lactantes mediante Rapid SMS: las madres de las comunidades también pueden enviar un mensaje de auxilio que las conecte con trabajadores sanitarios de la comunidad, personal de salud, defensores y grupos de madres de las comunidades para obtener consejo, apoyo y asesoramiento sobre lactancia, y también sobre la salud y nutrición de sí mismas y de sus bebés. Si se estima necesario, las madres reciben una visita

domiciliaria inmediata para resolver los problemas o son derivadas al servicio de salud apropiado.

3. Selección y capacitación de un integrante del hogar para que sea “defensor de la lactancia materna exclusiva”: la pareja u otro miembro respetado de la familia se inscribirá para recibir mensajes creados especialmente que le darán información sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, disiparán mitos comunes y animarán al defensor a ayudar a la nueva madre a cumplir con la lactancia materna exclusiva.
4. Organización de trabajadores sanitarios de la comunidad para que encuentren y apoyen a nuevas madres: se notificará a trabajadores sanitarios de la comunidad sobre las nuevas madres que hay en sus comunidades, para coordinar visitas domiciliarias y organizar grupos de apoyo a la lactancia. El sistema Rapid SMS también servirá para reconocer a las madres y los lactantes que necesitan atención inmediata o derivación a un hospital o un trabajador social por problemas relacionados con la salud y el bienestar.

Progreso y resultados:

- Después de cuatro meses de búsqueda de recursos humanos capaces de hacer una adaptación lingüística de alta calidad del español internacional al créole y el miskitu, se contrató un consultor que debe terminar su trabajo para febrero de 2015.
- La búsqueda de recursos humanos calificados en cuestiones lingüísticas e informáticas para trabajar

³ RapidPro es una plataforma de aplicaciones abiertas que sirve para enviar información rápida y vital en tiempo real y conectar comunidades con servicios que salvan vidas (Sharad Sapra, Director del Centro de Innovación Global de UNICEF, con sede en Nairobi, Kenya).

en comunidades indígenas y afrodescendientes ha sido un factor que enlenteció el proceso en general.

Lección aprendida:

- Gracias a nuestra innovación, el Ministerio de Salud y UNICEF pueden organizar y capacitar una red de apoyo para mujeres embarazadas y nuevas madres, a fin de crear un ambiente propicio para la lactancia materna exclusiva. Toy Contigo hace que nuestros socios interesados puedan llegar mejor y más eficazmente a la población destinataria.
 - Otros proyectos de salud móvil implementados en Nicaragua requerían que los usuarios utilizaran teléfonos inteligentes o tecnologías avanzadas, lo que limitaba el alcance potencial de la población destinataria, que tal vez no dispusiera de esos dispositivos o no se sintiera cómoda utilizándolos si se les suministraban.
 - El analfabetismo funcional impide que los usuarios manejen plataformas móviles avanzadas de manera efectiva. En el proyecto propuesto, el lenguaje para las respuestas automáticas estará específicamente diseñado para usuarios con un nivel educativo más bajo y el contenido se pondrá a prueba en grupos de discusión con madres en todo el país, a fin de asegurar que el sistema y el contenido sean apropiados para atender las necesidades educativas de la población destinataria.
- La obtención de pruebas del impacto positivo de la intervención en las tasas de lactancia materna y en el desarrollo infantil dará como resultado una ampliación inmediata de la intervención a otras comunidades, generando un fuerte interés y sentido de propiedad del Gobierno y otros actores nacionales.

Siguientes pasos:

- En el próximo trimestre, se hará una nueva consultoría para las pruebas de transmisión y encuestas en la población destinataria, a fin de conocer el impacto, la aceptación y la factibilidad de la intervención llevada adelante en estas comunidades con el fin de aumentar la lactancia materna exclusiva, entre otras intervenciones (el impacto se evaluará en diciembre de 2015).
- Se prevé que los resultados se utilizarán para hacer presión ante autoridades nacionales y locales, con miras a ampliar la intervención a otras comunidades.

Aplicación potencial:

- Toy Contigo se basa en la asociación que UNICEF Nicaragua tiene con el Ministerio de Salud. Los principales medios que usaremos para ampliar la intervención serán las asociaciones del gobierno con la industria de las telecomunicaciones y otras entidades privadas o público-privadas y ONG.



TOTAL SI ABS. NO



f
e



HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS



Organizaciones que conforman el Frente por la Niñez y la Adolescencia



Acto de ratificación de los "20 compromisos por la niñez y la adolescencia" celebrado el 16 de agosto de 2013.
© UNICEF Paraguay/2013/Brom

Paraguay

20 compromisos para mejorar la cantidad y calidad de la inversión en la niñez y la adolescencia

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: comunicación, movilización y abogacía.

País: Paraguay.

Título: 20 compromisos para mejorar la cantidad y calidad de la inversión en la niñez y la adolescencia.

Enlaces relacionados: <www.unicef.org/paraguay>

Persona de contacto: Rosa Elcarte (relacarte@unicef.org), Representante, UNICEFParaguay.

Paulo Sassarao (pasassarao@unicef.org), Representante Adjunto, UNICEF Paraguay. Cecilia Sirtori (csirtori@unicef.org), Oficial de Comunicación, UNICEF Paraguay. Carmen Frutos (cfrutos@unicef.org), Consultora de Salud y Nutrición, UNICEF Paraguay.

Resumen:

El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, luego de haber examinado en enero de 2010 el tercer Informe Periódico del Estado Paraguayo sobre la aplicación de los derechos del niño en el Paraguay, recomendó aumentar la inversión en la infancia, mejorar los sistemas de información, aumentar el acceso de los niños a los servicios de salud y nutrición, y mejorar el acceso y la calidad de la educación, especialmente en las zonas rurales e indígenas. En particular, solicitó fortalecer la educación preescolar, la capacitación profesional de los maestros, mayor concienciación de los padres respecto a la estimulación temprana, así como la elaboración de políticas y programas de prevención y atención a la violencia, el abuso y la explotación de niños, niñas y adolescentes.

A raíz de esta situación UNICEF, Paraguay impulsó entre febrero y abril de 2013 una intensa campaña de comunicación social y movilización de la ciudadanía denominada "Pregúntale a tu Candidato". El

objetivo fue posicionar la temática de la exclusión social e inequidad en materia de salud, nutrición, educación y protección social que afectan a la infancia y a los adolescentes en el Paraguay, para lograr, en el marco de las elecciones generales, que las nuevas autoridades nacionales aumenten la inversión en educación, salud y protección de los niños, niñas y adolescentes. La acción, se realizó en la fase preelectoral de las elecciones convocadas para elegir al Presidente de la República, los miembros del Congreso y 17 gobernadores departamentales. Se aprovechó la oportunidad de esta etapa de la vida nacional en que los políticos y la población están muy sensibles y receptivos a la información que revela la problemática del país y las soluciones propuestas por los candidatos presidenciales.

Los temas a abordar surgieron de una encuesta realizada en la comunidad; 98,3% de los encuestados señaló que es importante que su candidato a presidente de la República incluya programas para brindar

educación de calidad a todos los niños, mejorar e instalar puestos de salud cercanos a las poblaciones, mejorar la nutrición infantil, combatir el trabajo infantil y luchar contra la violencia, contra el abuso y la explotación de niños y niñas. Se trabajó a nivel social y político mediante la conformación de un frente de acción por la niñez y la adolescencia, compuesto por 12 ONG, UNFPA y UNICEF, llegando a todos los candidatos presidenciales y referentes de los principales partidos políticos que participaron del evento electoral. Inspirado en los lineamientos de “Una Promesa Renovada para las Américas”, UNICEF lidera el proceso de elaboración de una declaración denominada “20 compromisos para mejorar la situación de la niñez y la adolescencia”.

Con un lema con la frase “*Yo respondo por la niñez*”, candidatos y candidatas a Presidente de la República firmaron la declaración y se comprometieron a incorporar en sus planes de gobierno, en caso de que fueran electos, las 20 acciones propuestas. La declaración contiene propuestas concretas para aumentar la inversión en favor de la infancia, el fortalecimiento del “Sistema Nacional de Promoción y Protección Integral”, el derecho a la salud para disminuir la mortalidad materna, neonatal e infantil, el derecho a la educación para mejorar la calidad de la misma y el derecho a la protección contra el abuso, el maltrato, la trata y la explotación; así como medidas para las poblaciones específicamente vulnerables, niñez con discapacidad, en situación de pobreza, población indígena y afrodescendiente. Los 20 compromisos fueron firmados por los 6 principales candidatos a la Presidencia de la República.

El resultado esperado era que al concluir las elecciones el candidato electo asumiera el compromiso

firmado. Este resultado se logró dado que el Sr. Horacio Cartes, electo como Presidente Constitucional de Paraguay ratificó el compromiso asumido ante la ciudadanía en su primer día de gobierno, el 16 de agosto de 2013. Paso siguiente fue la puesta en marcha, por el Ministerio de Salud Pública, de una Movilización Nacional, denominada “Cero muertes evitables”, para reducir las altas tasas de mortalidad materna y neonatal¹. También como parte de los “20 compromisos”, en agosto de 2014, el Gobierno presentó a la ciudadanía la primera rendición de cuentas sobre los avances y desafíos en el cumplimiento de los compromisos asumidos.

Tema (antecedentes):

Paraguay presenta una delicada situación en relación al cumplimiento y la vulnerabilidad de los derechos de la niñez y de la adolescencia. La situación de la salud materno infantil, de la educación y de la protección social a las poblaciones más vulnerables, los pobres, los pueblos originarios, los discapacitados y los adolescentes privados de libertad, es crítica, poco visibilizada a nivel político y en consecuencia débilmente plasmada en políticas y planes sociales de desarrollo en el corto, mediano y sobre todo largo plazo.

El Paraguay tiene 6,6 millones de habitantes, de los cuales 2,4 millones (el 36%) son niños, niñas y adolescentes. La población indígena representa el 2% de la población y el 54% de esta se compone de niños, niñas y adolescentes. Según el documento de “Situación del Derecho a la Salud Materna, Infantil y Adolescente en Paraguay”, publicado por UNICEF en septiembre de 2013, el 32.4% de la población de Paraguay vive bajo la línea de pobreza y el 18% lo hace bajo condiciones de pobreza extrema (indígen-

¹ En la época de la campaña “Pregúntale a tu candidato”, en el año 2011, la tasa de mortalidad infantil era de 15,2 por mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad neonatal de 11,2 por mil nacidos vivos y la razón de mortalidad materna de 88,8 por cien mil nacidos vivos. Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Indicadores de Mortalidad. Asunción, Paraguay, 2011.

cia). Estos porcentajes suben a 43,3% de pobres y 25,5% de pobres extremos si se considera solo a la población de menores de 18 años². La situación empeora aún más si se considera la condición étnica, pues 77% de los niños, niñas y adolescentes indígenas es pobre y 63% de esta población está en condiciones de extrema pobreza.

Por esta razón UNICEF junto con el frente por la niñez y la adolescencia, y como parte de la campaña “Pregúntale a tu candidato” desplegó una extensa campaña de movilización y de comunicación social, aprovechando la ventana de oportunidad del periodo preelectoral, para instalar tanto en la agenda política de las futuras autoridades como en la agenda pública y ciudadana temas relevantes para mejorar la delicada situación de la niñez y la adolescencia del país.

Estrategia e implementación:

En febrero de 2012, todos los representantes de las agencias del Sistema de Naciones Unidas en Paraguay se reunieron para establecer líneas de acción y estrategias que implementarían frente a las elecciones nacionales de abril de 2013. Acordaron llegar conjuntamente a los principales candidatos a la Presidencia de la República. Trabajo a futuro. En este sentido, la representante de Unicef, Rosa Elcarte, propone convocar a las principales organizaciones que trabajan en la promoción de los derechos de la niñez y la adolescencia en el país e iniciar la conformación de un frente común que tenga como objetivo posicionar los temas relacionados a la mejora de la situación de los niños, niñas y adolescentes en la agenda de las nuevas

autoridades que serían electas. Se inició entonces el trabajo mediante la implementación de las siguientes estrategias:

- Impulsar acciones integradas en el marco de las agencias de NU: a sugerencia de UNICEF, se preparó un documento conjunto de Naciones Unidas para el trabajo con los candidatos.
- Desarrollar alianzas sectoriales para generar una agenda común con diversos sectores: organizaciones no gubernamentales, empresas, gremios, etc.
- Implementar una campaña de comunicación masiva con el objetivo de sensibilizar a la ciudadanía, así como generar demanda social en torno a los temas definidos y resaltar la importancia de que los candidatos/as cuenten con propuestas para mejorar la situación de la niñez y la adolescencia en el país.
- Realizar abogacía con candidatos/as y equipos políticos.

Progreso y resultados:

Resultados de proceso:

1. Se logró importante involucramiento de grupos de pensamiento. Los encuentros contaron con la participación de los equipos técnicos de los principales partidos políticos, que pudieron así presentar sus propuestas y debatir con el público presente sobre temas como política económica, lucha contra la pobreza, capital humano, gobernabilidad y transparencia, incorporando algunos de los temas debatidos en su propio discurso político.
2. Se logró importante involucramiento de grupos de empresarios. Con el apoyo del consejo consultivo empresarial de UNICEF se diseñó una estrategia para llegar a grupos empresariales más

² Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC), *Encuesta Permanente de Hogares*, Asunción, Paraguay, 2011.

influyentes del país. Los empresarios coincidieron con el mensaje de la organización y se encuentran actualmente comprometidos a impulsar estas cuestiones en las presentaciones en las que participarán.

3. Se obtuvo amplia repercusión en los medios de comunicación. Además de la campaña de comunicación, UNICEF propició encuentros con referentes clave de los principales medios de comunicación del país. Las acciones de incidencia y la campaña de comunicación lograron un poco más de 135 artículos en diarios, radioemisoras, canales de televisión y portales de internet.
4. Se logró amplia repercusión en redes sociales. Un componente importante de la campaña se basó en las redes sociales, que tienen una gran penetración especialmente en el público de Asunción y alrededores, así como en las principales ciudades del país. Además de las cuentas oficiales de UNICEF en Facebook y Twitter, habilitamos otras en nombre de la campaña y del frente por la niñez y la adolescencia.
5. Participación sin precedente de celebridades Nacionales. UNICEF decidió convocar a un grupo de celebridades paraguayas para participar de las sesiones de fotografía para su calendario 2013. Se elaboraron calendarios con mensajes de estas personalidades, gigantografías instaladas en calles de alto tráfico de la capital y ubicación en la parte posterior de 50 ómnibus de transporte público que recorren Asunción, el área metropolitana y suburbana. Esta acción tuvo gran repercusión, ya que las celebridades que participaron de la campaña difundieron estos mensajes y algunas incluso llegan a tener más de 100.000 seguidores en Twitter.
6. La inversión en los niños ha sido posicionada en la agenda pública a través del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
7. Los resultados obtenidos fueron medidos en una

investigación de impacto realizada en junio de 2013 y comparadas con la línea de base obtenida en junio de 2012. Los resultados revelaron que la actividad de Comunicación, que ha acompañado fuertemente al proceso de difusión y firma de los 20 compromisos incidió notoriamente en una mayor toma de conciencia de la población acerca de la situación y la necesidad de invertir más recursos en favor de la infancia y de la adolescencia. En efecto, en junio de 2012, 74% de los encuestados señalaron que era importante o muy importante invertir en la infancia, luego de la campaña realizada, en junio de 2013, 93% de la población entrevistada señaló como importante o muy importante la inversión en la infancia y la adolescencia.

Resultados de impacto:

1. En agosto 2013 se logró el consenso de los principales candidatos a la Presidencia de la República, gracias al emprendimiento realizado por UNICEF y el frente por la niñez y la adolescencia; es así como y estos firmaron los "20 compromisos para mejorar la cantidad y la eficiencia de la inversión en la niñez y la adolescencia". El documento establece el compromiso del Presidente electo de realizar acciones concretas como incrementar la inversión en niñez hasta alcanzar el 7% del PIB durante el mandato de la nueva administración, e incluir temas de niñez y adolescencia –inversión, salud, educación, nutrición y protección– como prioritarios del equipo económico y social del próximo gobierno. Además, incluye propuestas para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Promoción y Protección Integral, el derecho a la salud para disminuir la mortalidad infantil, el derecho a la educación para mejorar su calidad y el derecho a la protección contra el abuso, el maltrato, la trata y la explotación; así como medidas para las poblaciones específicamente

vulnerables, como la primera infancia, los adolescentes, la niñez con discapacidad, los indígenas y afrodescendientes.

2. En junio de 2014 el Presidente electo, cumpliendo su promesa, lanza la “Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal en el Paraguay”.
3. En agosto de 2014 el Gobierno, en cumplimiento a lo establecido en la declaración, realiza la primera rendición de cuentas sobre los 20 compromisos con la presencia del Jefe de Estado, autoridades y ciudadanía.

Lección aprendida:

1. La ventana de oportunidad que brinda el periodo preelectoral, en la que todos los partidos políticos realizan campañas para captar votos de la ciudadanía, constituye una etapa de la vida nacional en que los políticos y la población están muy sensibles y receptivos a la información que revele la problemática del país y las soluciones propuestas por los candidatos presidenciables. Por esta razón, es un espacio ideal para, no solo posicionar ante el sector político la situación, sino también la adopción de compromisos que deben ser cumplidos al momento de acceder al poder.
2. La estrategia de trabajo conjunto con un frente civil y el prestigio de UNICEF como instituciones independientes y sin preferencias políticas facilita enormemente la llegada a los candidatos presidenciables y a sus equipos de asesores.
3. El grado de relacionamiento que se establece en esta etapa entre los asesores, la mayoría de los cuales se convierten en autoridades nacionales del poder ejecutivo una vez que asume el candidato electo, facilita por afinidad, confianza y convicción la implementación de compromisos y otros planes de acción.
4. La adopción, por el Gobierno, de los 20 compromisos, ha incidido en la estructura del

documento de programa de país (CPD por sus siglas en inglés) de UNICEF Paraguay. En efecto, el CPD 2012-2014 considera como “CORE components” a las estrategias de comunicación y abogacía y de monitoreo y evaluación.

5. Se fortaleció la imagen pública de UNICEF en Paraguay como líder de la promoción de los derechos de los niños, lo que añadió un importante valor agregado al trabajo de abogacía de UNICEF a nivel político y del sector privado.

Aplicación potencial:

- Esta práctica de trabajar, en la etapa preelectoral, con la sociedad civil, los medios de comunicación y con los candidatos a cargos electivos, ha dado muy buenos resultados. Varios compromisos asumidos se han concretado en acciones que están siendo desplegadas por los organismos competentes del Gobierno.
- Potencialmente esta práctica podría ser aplicada de nuevo en un futuro próximo en la campaña de elección de los intendentes municipales (alcaldes), quienes son las autoridades a nivel de los distritos del país.

Siguientes pasos:

- Realizar actividades similares con los gobiernos Departamentales y Municipales para la obtención de compromisos por la infancia y la adolescencia de sus comunidades, sobre todo en vista de las próximas elecciones municipales en el país.



Niños y niñas portan globos durante el lanzamiento de la Movilización Nacional para reducir las muertes maternas y neonatales en Paraguay.

© UNICEF Paraguay/2014/Brom

Paraguay

“Cero muertes evitables”. Movilización nacional para reducir la mortalidad materna y neonatal en el Paraguay (MMN)

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: generación de evidencia, dialogo político, abogacía, comunicación externa, promoción pública y coordinación inter-institucional.

País: Paraguay.

Título: “Cero muertes evitables”. Movilización nacional para reducir la mortalidad materna y neonatal en el Paraguay (MMN).

Enlaces relacionados:

<http://www.unicef.org/paraguay>

<http://www.mspybs.gov.py>

Persona de contacto: Rosa Elcarte (relacarte@unicef.org), Representante, UNICEF Paraguay. Paulo Sassarao (pasassarao@unicef.org), Representante Adjunto, UNICEF Paraguay. Cecilia Sirtori (csirtori@unicef.org), Oficial de Comunicación, UNICEF Paraguay. Carmen Frutos (cfrutos@unicef.org), Consultora de Salud y Nutrición, UNICEF Paraguay. Luis Moreno (morlm_1@hotmail.com), Asesor Ministerio de Salud y Coordinador de la MMN, Paraguay.

Resumen:

En la campaña preelectoral por la Presidencia de la Nación, UNICEF y el frente por la infancia y la adolescencia, realizaron un intenso trabajo de abogacía ante los candidatos presidenciales, entre ellos el actual Presidente de Paraguay, para la ratificación por estos de la declaración denominada “20 compromisos por la infancia y la adolescencia en el Paraguay”, incluida la mortalidad materna e infantil.

En septiembre de 2013 UNICEF realizó y presentó, a las autoridades del nuevo gobierno y a los medios de comunicación, un análisis detallado de la situación de salud de la infancia en el Paraguay

(SITAN), en el que se visibilizaba la crítica situación de la salud de las madres y de los recién nacidos. El 44% de las muertes entre 0 y 19 años ocurría en los primeros 28 días de vida, el 65% de las mismas por causas prevenibles. La tasa de mortalidad neonatal no se había modificado en los últimos 20 años.

UNICEF, en el marco de “Una Promesa Renovada”, abordó una estrategia no tradicional para reducir la mortalidad materna y neonatal, al buscar involucrar y comprometer distintos sectores de la sociedad a través de una amplia movilización nacional con ese fin. Amplió los ámbitos de su intervención de políti-

cas públicas y de asistencia técnica ministerial para llegar a la ciudadanía, sociedades científicas y sector privado, entre otros. Se buscó integrar distintas herramientas de comunicación con áreas programáticas para ganar eficiencia, e impulsó la coordinación con varias agencias internacionales (OPS, BID, AECID, etc.). Se inició una intensa abogacía ante el Ministerio de Salud y el Presidente del país para poner en marcha esta “Movilización Nacional” para reducir la mortalidad materna y neonatal en Paraguay. El mayor éxito para la sostenibilidad del programa es que el Ministerio de Salud se apropió y lideró esta movilización, acompañado por UNICEF, OPS y el resto de los cooperantes en salud.

Los seis componentes de esta movilización son: 1) Compromiso político del más alto nivel tanto nacional como local; 2) Comunicación externa y promoción pública a nivel nacional y comunicación para el desarrollo; 3) Alianzas con distintos actores de la sociedad; 4) Fortalecimiento sistematizado de los servicios de salud; 5) Educación y empoderamiento de la comunidad; 6) Implementación de ideas innovadoras.

Esta movilización, está en su primer año de implementación, pero hasta ahora se ha conseguido lo siguiente:

- Poner el tema en la agenda pública (en redes sociales, medios de comunicación, con movilización ciudadana, etc.) y en la agenda política, con un alto compromiso político (el acto de lanzamiento se realizó en la casa de gobierno con la presencia del Presidente de la Nación, el pleno del gabinete de Ministros de Paraguay y

altas autoridades nacionales y de organismos internacionales, y se incluyó el tema en el Plan Nacional de Desarrollo, y en el Plan Estratégico de Salud 2014-2018).

- Se consiguió que la mortalidad materno neonatal sea de altísima prioridad en el Ministerio de Salud y que se fortaleciera técnicamente para iniciar varias intervenciones para disminuir dichas mortalidades.
- Se consiguió el involucramiento de las sociedades científicas de pediatría y de ginecoobstetricia (cursos online, revisión de materiales, congresos etc.) y del sector privado conjuntamente con articulación inter-ministerial (kits recién nacido para las madres del programa de transferencias condicionadas) y la coordinación de los agentes de cooperación.
- Y finalmente, se logró la implementación de ideas innovadoras (aplicaciones para teléfonos móviles) para formar a las madres embarazadas.
- Datos preliminares del 2014 indican que el número de muertes maternas habría disminuido un 30% y las defunciones neonatales en 18%.

Tema (antecedentes):

Paraguay, a diciembre de 2012, presentaba elevadas tasas de mortalidad materna y neonatal¹. Aunque ha habido mejoras paulatinas en la mortalidad materna, la de recién nacidos ha permanecido invariable en los últimos 20 años. En efecto, todos los días fallecen cuatro niños menores de 28 días y cada tres días muere una mujer por causas relacionadas con el parto. Se estima que 20% de las muertes maternas se registra en adolescentes embarazadas y que cerca del 65% de ambas mortalidades

¹ En Paraguay, en el año 2012, la tasa de mortalidad neonatal fue de 10,7 por cada mil nacidos vivos y la razón de mortalidad materna de 81,9 por cada cien mil nacidos vivos. Fuente: Ministerio de Salud, *Informe de Gobierno 2014 sobre cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Asunción, Paraguay, 2014.

sucesos son evitables. El 44% de las muertes entre 0 y 19 años ocurren en los primeros 28 días de vida. El abordaje a través de los tiempos ha sido insuficiente, desarticulado, y sin posicionamiento suficiente en la agenda pública y política lo que ha restado importancia y sostenibilidad a las intervenciones desarrolladas.

Por otro lado existía un compromiso político del nuevo gobierno, dado que durante la campaña preelectoral por la Presidencia de la Nación, UNICEF y el frente por la infancia y la adolescencia, realizaron un intenso trabajo de abogacía ante los candidatos presidenciables, consiguiendo por parte de los mismos la firma de la declaración denominada “20 compromisos por la infancia y la adolescencia en el Paraguay”, entre ellos la mortalidad materna e infantil. El Presidente del Gobierno ratificó estos compromisos el primer día de su mandato, y estos compromisos, con el apoyo de UNICEF, se incluyeron en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Plan Estratégico de Salud 2014-2018.

Ante la importancia de la problemática y teniendo en cuenta el inicial compromiso político, UNICEF decidió impulsar una movilización nacional para disminuir la mortalidad materno-neonatal.

Estrategia e implementación:

UNICEF inicialmente realizó un detallado análisis de la situación de salud de las madres, niños y adolescentes paraguayos, en el cual se evidenciaba la crítica situación de la salud materna y neonatal (mencionada en los antecedentes), sus determinantes y cuellos de botella.

La publicación y presentación de los resultados se realizó públicamente por UNICEF en presencia

del Ministro de Salud, resaltando que las tasas de mortalidad neonatal no habían disminuido en los últimos 20 años.

En el marco de “Una Promesa Renovada”, UNICEF abordó una estrategia no tradicional para reducir la mortalidad materna y neonatal, al buscar involucrar y comprometer distintos sectores de la sociedad a través de una amplia “Movilización Nacional” con ese fin. Amplió los ámbitos de su intervención de políticas públicas y de asistencia técnica ministerial para llegar a la ciudadanía, sociedades científicas, clase media y sector privado, entre otros. Se buscó integrar distintas herramientas de comunicación con áreas programáticas para ganar eficiencia, e impulsó la coordinación con varias agencias internacionales (OPS, BID, AECID, etc.).

Esta estrategia tiene seis componentes:

- 1) Compromiso político del más alto nivel tanto Nacional como local para concretar el apoyo, acompañamiento y monitoreo social permanente de la situación y sus avances.
- 2) Comunicación externa y promoción pública a nivel nacional y comunicación para el desarrollo, a través del desarrollo de una innovadora e intensa campaña de comunicación masiva que busca despertar el reconocimiento de la problemática, el interés y la sensibilidad social.
- 3) Alianzas con sectores académicos, sociedades científicas y el empresariado nacional para que cada uno en su campo de acción despliegue acciones concretas de apoyo.
- 4) Fortalecimiento sistematizado de los servicios de salud con ocho componentes estandarizados a ser aplicados en las principales maternidades.
- 5) Educación y empoderamiento de la comunidad para la exigibilidad de sus derechos y el mejoramiento de sus conocimientos actitudes y prácticas con relación a la maternidad y al recién nacido.
- 6) Implementación de ideas innovadoras para

facilitar el acceso a los servicios de salud y para la formación de las madres embarazadas y de sus familias.

- Se inició una intensa campaña de abogacía de UNICEF ante el Ministerio de Salud y el Presidente del país para poner en marcha esta Movilización Nacional para reducir la mortalidad neonatal y materna en el Paraguay.
- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ha hecho suya la iniciativa y ha tomado la decisión de implementarla, declara Prioridad y la ha incluido en su Plan Estratégico 2014-2018.
- UNICEF impulsó las alianzas y la coordinación de actores, inicialmente con OPS, y posteriormente con BID y AECID. Asimismo, UNICEF impulsó el trabajo conjunto con la sociedad científica de pediatría y de gineco-obstetricia (preparación e implementación de cursos, revisión de materiales etc.).
- En los preparativos para el lanzamiento de dicha movilización UNICEF y OPS trabajaron en asistencia técnica al Ministerio en los distintos componentes de fortalecimiento del sistema de salud, y el Ministerio de Salud seleccionó los 6 departamentos con mayores tasas de mortalidad materno-neonatal para focalizar las mayores intervenciones. Al prever un aumento de la demanda, contrató personal sanitario en las zonas más necesitadas e impartió varios cursos de formación en salud materna y neonatal en las mismas, especialmente en emergencias. Estas acciones se han continuado a lo largo de todo el año, con un incremento también de ambulancias en zonas más necesitadas.
- UNICEF impulsó una innovadora estrategia de comunicación externa y movilización social, “un bebé te cambia la vida, su muerte también” o “cero muertes evitables” acompañada por el Ministerio de Salud, para poner el tema en la agenda pública y política. Para instalar el tema en una amplia audiencia, las principales jugueterías de Asunción amanecieron cerradas con los juguetes de luto por las muertes de los bebés. Frente a las jugueterías, la representante de UNICEF y el Ministro de Salud, acompañados de la OPS explicaron ante los medios de comunicación la problemática.
- Esta actividad se difundió rápidamente por las redes sociales, y atrajo la participación de muchas personas, entre ellos un gran porcentaje de jóvenes, que se sumaron y apoyaron la campaña. Con donaciones del sector privado, se prolongó durante semanas la campaña en TV, en radios, en medios impresos y digitales nacionales e internacionales.
- En junio del 2014 se realizó el lanzamiento de la Movilización en la casa de gobierno con la presencia del Presidente de la Nación, el pleno del gabinete de Ministros de Paraguay y altas autoridades nacionales y de organismos internacionales, sociedades científicas y del sector privado.
- En el aspecto del fortalecimiento de los servicios de salud, se definió y se está trabajando arduamente en 8 ejes estratégicos. Fortalecimiento de la Red integrada de Servicios de salud, Vigilancia de la Salud Materna y Neonatal, Fortalecimiento de la Red de Provisión de Sangre Segura, Desarrollo de competencias y capacidades de los recursos humanos; Garantía de disponibilidad de medicamentos e insumos en los servicios; Promoción de la salud; Fortalecimiento del Sistema de Información estratégica en Salud y; Seguimiento y monitoreo de la implementación, siempre buscando el abordaje multidisciplinario de las tres demoras que conducen a la muerte materna y del recién nacido: la que ocurre en el domicilio, la del traslado y la de la atención en la institución sanitaria.
- En esta primera fase se han priorizado los

departamentos con mayores inequidades: Alto Paraná, Canindeyú, Ñeembucú, Concepción, Guaira y Caaguazú.

- UNICEF, en alianza con el Sector Privado de telefonía ha estado desarrollando una innovadora campaña de formación de las madres y familias a través de mensajes de telefonía móvil con consejos para el embarazo, adecuados a la etapa de embarazo en la que se encuentra la madre y para los dos primeros años de vida del bebé.
- Asimismo, y con apoyo del sector privado UNICEF ha impulsado la articulación del Ministerio de Salud y de la Secretaria de Acción Social, y en diciembre se ha iniciado la entrega de los Kits BEBÉ (cuna, artículos de bebé, y texto para apoyar en pautas de crianza) a las madres de familias que reciben transferencias condicionadas, que tengan cuatro controles, que tengan el parto en una institución sanitaria, y que cuyo bebé haya sido inscrito en el registro civil.

Progreso y resultados:

La movilización sólo tiene un año de duración, los resultados obtenidos hasta el momento en los diferentes componentes de la movilización materno-neonatal son los siguientes:

- Compromiso político del más alto nivel. El tema ya está en la agenda política. El Lanzamiento de la Movilización se hizo con el Presidente, Vicepresidente y todos los ministros del ejecutivo. La disminución de la mortalidad materno-neonatal, está siendo de altísima prioridad para el Ministerio de Salud, se ha incluido en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Plan Estratégico de Salud 2014-2018. En la rendición de cuentas del Ministerio de Salud del 2014 ha estado presente el Presidente y el Vicepresidente. Falta avanzar en los compromisos de las autoridades locales.
- Comunicación externa y promoción pública para aumentar la sensibilidad social. La iniciativa “Juguetes de luto” ganó 9 premios en el círculo de creativos de Paraguay (entre ellos el de innovación) y en el círculo de anunciantes. Miles de internautas se sumaron a la campaña, fue tendencia (Trending Topics) en las redes sociales, alcanzando 2.957.637 impactos, fue tapa de portada en diarios y en todos los periódicos digitales y se difundió en medios impresos locales e internacionales, TV, radios etc. 60 influenciadores de decisión apoyaron la misma, la clase media y los jóvenes se involucraron en las redes sociales compartiendo contenidos de “Cero Muertes evitables”, y en los días posteriores se realizaron dos manifestaciones ciudadanas, de enfermeras obstetras y de mujeres rurales, pidiendo “cero muertes evitables”.
- Alianzas. Se logró el involucramiento del sector privado en apoyo a la campaña de comunicación, en los mensajes de formación por telefonía móvil y en financiación del KIT BEBE. Así como los de las sociedades científicas de pediatría y ginecología, en formación, congresos etc., y la coordinación con OPS y BID.
- Fortalecimiento de los servicios de salud. Se definió y se está trabajando en los 8 ejes estratégicos mencionados. Ya se ha conseguido más personal de salud en varias de las áreas priorizadas, se ha mejorado en varios temas, especialmente en emergencias obstétricas y neonatales la competencia y capacidades de varios recursos humanos, y se ha avanzado en la continuidad de la disponibilidad de insumos. Se han constituidos los comités de auditorías maternas a nivel central y departamental, y se han dado los primeros pasos para la implementación del código rojo para emergencias obstétricas y neonatales.
- Empoderamiento de la comunidad. Se han iniciado los primeros pasos para formar y

empoderar a las comunidades. Se han contratado varios promotores de salud y se están diseñando las intervenciones en comunicación para el desarrollo.

- Innovaciones. En este primer año se han hecho varias intervenciones innovadoras, como la estrategia global de la movilización nacional en sí misma, la campaña de comunicación, la formación de las embarazadas a través de telefonía móvil, y la entrega de Kits BEBE a las madres del programa de transferencias condicionadas para promover el parto institucional, el registro de nacimiento y mejorar la atención a los derechos del recién nacido por parte de la familia.

Impacto preliminar. Según datos brindados por el propio Ministro de Salud de Paraguay el número de muertes maternas habría disminuido un 30% y de neonatos un 18%.

Lección aprendida:

Los resultados que se están dando orientan a hablar de las siguientes conclusiones:

- Desde hace 20 años se trabajaba en el país para disminuir la mortalidad materno infantil pero no se consiguió disminuir la mortalidad neonatal. Para obtener resultados diferentes UNICEF planteó una estrategia diferente. Y esta consistía en una movilización nacional que presentaba la mortalidad neonatal como problema de toda la población (sector político, científico, privado, ciudadanía, familias, embarazadas, etc.) y por supuesto y de una manera predominante del sector salud.
- De esta forma se consiguió el apoyo de todos los sectores, pero esto entusiasmó, empujó y comprometió de una manera muy importante también al sector salud.
- Por otro lado, la interacción de varias estrategias, como la generación de evidencia, a través del SITAN de Salud, la abogacía, el dialogo político

y la comunicación externa innovadora, unidos a las más tradicionales de asistencia técnica y promoción de alianzas, facilitaron el avance y los resultados en distintas esferas.

- El trabajo de UNICEF para conseguir los 20 compromisos por la infancia en la época pre – electoral (cuando hay una mayor facilidad), de todos los candidatos, incluido el de disminuir la mortalidad materno – neonatal, así como la presentación del SITAN de Salud al inicio del periodo gubernamental (cuando los problemas que se presentan no afectan al gobierno entrante), han sido elemento claves del éxito de esta iniciativa.

Aplicación potencial:

- Esta práctica, se ha implementado simultáneamente a nivel nacional y a nivel local. UNICEF la impulso y la apoyó a nivel nacional y ahora la está iniciando a nivel local, en zonas de elevada mortalidad materno neonatal.
- Esta práctica es perfectamente replicable en países de bajos ingresos, así como en los de medio y altos ingresos. En principio es más factible en aquellos países que ya han conseguido importantes reducciones de la mortalidad infantil, pues la reducción de la mortalidad en menores de 5 años es más fácil de conseguir, que la reducción de la mortalidad neonatal. Es muy importante hacer un buen diagnóstico previo de cada país para definir la estrategia a implementar. Recomendación: no hacer más de lo mismo si queremos resultados diferentes, especialmente en cuanto a la mortalidad neonatal.
- Probablemente no sea factible en países en situación de crisis humanitaria.

Siguientes pasos:

- El gran desafío de UNICEF es seguir apoyando al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) para que este mantenga la consigna de actuar en forma coordinada e integral y con apertura a la participación y crítica comunitaria. Lograr el fortalecimiento del nivel de conducción de la movilización, el empoderamiento total del nivel operativo, y la incorporación del monitoreo de la equidad, como parte de la rutina del equipo y de las regiones.
- Igualmente es determinante que el MSP y BS pueda mantener una continuidad en el abastecimiento de insumos estratégicos de manera estable.
- Es necesario aumentar el compromiso de todos los actores a nivel local, implementar localmente en toda su amplitud los componentes de esta movilización, lo cual UNICEF intentará hacer en 2015 en Alto Paraná y Canindenyú.
- Finalmente, faltan mucho elementos de la estrategia para implementar y varios son los puntos inconclusos, como la mayor dotación de recursos humanos a los servicios de salud, el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de los hospitales y en especial el abordaje sistematizado de la calidad, especialmente monitoreando la aplicación de las recomendaciones de la Alianza Neonatal, el monitoreo de resultados, la auditoría de las muertes maternas y neonatales, los alojamientos para embarazadas, promulgar e impulsar el método canguro, la implementación del código rojo informatizado, en fase de preparación, la mejora de la formación de las familias en las comunidades rurales, la formación de las radios comunitarias, etc.

Perú

De la evidencia a la política nacional: reducción de la desnutrición crónica en el Perú

Categoría: lección aprendida.

Área de enfoque o estrategia transversal: abogacía para reducir la desnutrición crónica.

País: Perú.

Título: De la evidencia a la política nacional: reducción de la desnutrición crónica en el Perú.

Enlaces relacionados:

<http://www.unicef.org/peru/spanish/buen-inicio-crecimiento-desarrollo-en-primera-infancia-unicef.pdf>

http://www.unicef.org/peru/spanish/buen_inicio_en_la_vida.pdf

Persona de contacto: María Elena Ugaz Villacorta de Junco (meugaz@unicef.org), Oficial de Nutrición y Desarrollo Infantil, UNICEF Perú. Lena Arias Ramírez (larias@unicef.org), Asistente de Programas de Nutrición y Desarrollo Infantil, UNICEF Perú.

Resumen:

La presente lección aprendida plantea que generar una evidencia bien sustentada y evaluada, tiene el potencial de influir en el diseño y/o fortalecimiento de las políticas nacionales o sub-nacionales. La experiencia de “Buen Inicio” demostró en el 2005 que sí es posible reducir la desnutrición crónica en contextos rurales pobres del Perú. Buen Inicio se desarrolló durante el período 1999-2005 en comunidades rurales seleccionadas de Cusco, Cajamarca, Apurímac y Loreto. Su marco conceptual parte del derecho del niño a tener un buen comienzo en la vida y de la madre a ejercer su maternidad sin detrimento de su salud y bienestar.

Los logros y resultados de Buen Inicio se evaluaron y documentaron a través de una evaluación externa cuantitativa realizada el 2009 y la documentación cualitativa para plantear las lecciones aprendidas de Buen Inicio, realizada en el 2013. La desnutrición

crónica se redujo de 54,1% a 36,9%, es decir 17 puntos porcentuales en 4 años de intervención, del 2000 al 2004.

Buen Inicio fue una de las evidencias que sirvieron para que en el 2006, el colectivo de la “Iniciativa de Lucha contra la Desnutrición Crónica”, conformada por ONGs, agencias de NU (UNICEF, OPS, PMA) y la sociedad civil, comprometieran a los candidatos a la Presidencia, en reducir en 5 puntos porcentuales la desnutrición crónica, en 5 años de gestión del gobierno y en niños menores de 5 años, bajo el lema “5x5x5”.

En el gobierno anterior y en el actual gobierno, se ha mantenido esta prioridad política de reducción de la desnutrición crónica. El Perú tiene una política clara en este tema y presupuesto asignado a través del programa estratégico articulado nutricional (PAN),

proyectos de inversión pública e incentivos municipales. Los resultados de impacto a nivel nacional muestran que entre el 2007 y 2013, el Perú logró reducir la desnutrición crónica en 11 puntos porcentuales.

En el 2014, el MINSA, UNICEF y USAID presentaron el libro sobre las lecciones aprendidas de Buen Inicio, que describe la metodología, componentes y su aplicación a la política. Se espera que esta documentación pueda contribuir a mejorar las estrategias de la actual política, sobre todo en los contextos rurales andinos y amazónicos. El reto actual del Perú es acelerar la reducción y continuar reduciendo las brechas entre las zonas rurales y urbanas, y entre los quintiles de mayor y menor riqueza.

Tema (antecedentes):

En el Perú como en otros países de América Latina, antes del año 2000, el abordaje de la problemática nutricional en la infancia tenía un marco de acción que enfatizaba la asistencia alimentaria. La enorme inversión en programas alimentarios no había demostrado impacto en la mejora de los indicadores nutricionales. Así mismo el abordaje era recuperativo y no preventivo, por ello muchos programas y proyectos concentraban su acción en la reducción de la desnutrición aguda y en niños y niñas menores de 6 años. La desnutrición crónica en el año 1996 era de 25,4% y no varió al 2000 (25%)¹. La brecha entre la zona urbana y la zona rural era marcada en el 2000, 13,4% y 40,2% respectivamente.

UNICEF propone en 1990, un marco conceptual que integra la salud, nutrición y el entorno como

factores que determinan las causas, los efectos y las intervenciones para reducir la desnutrición infantil. En este marco, en el año 2000, se plantea la experiencia de Buen Inicio, impulsada por UNICEF Perú, el MINSA y con financiamiento de USAID, como un programa que busca mejorar la nutrición y el desarrollo de los niños, desde la gestación hasta los 3 años de vida, en contextos rurales excluidos del Perú. La experiencia se desarrolló en cuatro regiones del país, Apurímac, Cajamarca, Cusco y Loreto. La desnutrición crónica en estas regiones el año 2000 era 43%, 42,8%, 43,2% y 32,4% respectivamente. Buen Inicio entró en comunidades muy pobres y excluidas, donde la prevalencia era mayor que el promedio regional.

El año 2000 se realiza la línea de base de Buen Inicio y en el 2004 la evaluación final, mostrando una reducción significativa de la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes, especialmente hierro, vitamina A y Yodo. Los resultados obtenidos de esta experiencia y otras en el país, sirvieron como evidencia para reorientar la política nacional de lucha contra la desnutrición crónica. Basado en el marco conceptual de UNICEF, se plantea un enfoque multidimensional y multisectorial para abordar los determinantes de la desnutrición crónica. Como resultado entre el 2007 y el 2013, el Perú ha logrado reducir en 11 puntos porcentuales la desnutrición crónica en menores de cinco años.

¹ La prevalencia medida con el patrón de la NCSH. Según el patrón de la OMS en 1996 la cifra era de 31,6% y en el 2000 de 31,3%. El patrón de la OMS que se utiliza desde el 2007. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), *Encuesta de Demografía y Salud 2000*, Lima, Perú, 2001.

Estrategia e implementación:

El objetivo de Buen Inicio fue la mejora del crecimiento y desarrollo temprano de los niños y niñas en contextos rurales. La experiencia tuvo un abordaje integral: salud, nutrición, higiene y estimulación del desarrollo, durante la gestación y hasta los tres primeros años de vida. Los ejes temáticos fueron: la atención y cuidado del embarazo, la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria, la prevención y manejo de infecciones, y la estimulación del desarrollo. La estrategia de intervención de Buen Inicio implicó el fortalecimiento de los servicios de salud y de las comunidades. En los servicios de salud se puso énfasis en intensificar, tanto en frecuencia como en calidad, el monitoreo del crecimiento y el desarrollo del niño con un enfoque preventivo y no recuperativo. Esto implicó mejorar la evaluación del niño, el análisis de los factores que determinaban su situación y realizar la consejería participativa. Con la comunidad se promovieron los sistemas de vigilancia comunitaria participativa, primero conociendo como estaban las gestantes, niños y niñas de su comunidad, para después movilizar esfuerzos e iniciativas comunitarias que mejoren las condiciones de su cuidado y atención. Así la vigilancia comunitaria permitió a las comunidades tener redes de apoyo a la familia y demandar mejores servicios del Estado. La comunicación para la mejora de los comportamientos fue un componente importante. El elemento clave en la experiencia de Buen Inicio fue la participación, que cruzó todos los componentes de la intervención. Estos resultados contribuyeron en la incidencia y abogacía con el gobierno y algunas de las lecciones aprendidas de Buen Inicio fueron después aplicados en la política pública como a continuación se detalla.

En el año 2005, se obtuvieron los resultados de la encuesta ENDES que mostraban que la desnutrición crónica en el país seguía alta y se mantenía estancada en los 10 años anteriores. Ese año iniciaba la campaña electoral presidencial. Basados en la situación crítica de la desnutrición y los resultados alentadores de Buen Inicio y de otras experiencias de otras instituciones como CARE, se inicia una estrategia intensa para colocar la desnutrición crónica en la agenda política del país.

Los siguientes fueron los hitos claves que lograron posicionar el tema en la agenda política:

- Se constituyó la “Iniciativa de Lucha Contra la Desnutrición Crónica (IDI)”. Un colectivo conformado por ONG, agencias de Naciones Unidas (en ese momento UNICEF, PMA y OPS) y la Mesa de Lucha Contra la Pobreza (MCLCP), instancia de concertación.
- Se construyen notas técnicas sobre la gravedad del problema de la desnutrición, su trascendencia en el desarrollo del país, y las alternativas de solución basados en las experiencias exitosas de Buen Inicio y REDESA de CARE. Mostrando que era factible reducir la desnutrición desde un abordaje integral. Se plantea como lema el 5x5x5, reducir 5 puntos la desnutrición, en 5 años en niños menores de 5 años.
- Todos los partidos políticos firman el compromiso de reducir la desnutrición crónica. Una vez asumido el cargo el Presidente Electo, Alan García, en su primer discurso presidencial, anuncia como prioridad la reducción de la desnutrición crónica de 25% a 16%², es decir 9 puntos porcentuales, meta mucho más ambiciosa de la planteada por la IDI.
- Los representantes regionales para América Latina de UNICEF, OPS, PMA, en reunión con el

² Patrón NCHS.

Presidente de la República firman el compromiso de cooperar con el gobierno para lograr la meta planteada.

- El año 2007 se crea la “Estrategia Nacional CRECER” (EN CRECER) para reducir la desnutrición crónica. La IDI se convierte en el brazo de asistencia técnica de la estrategia.
- EN CRECER se construye bajo el marco conceptual de la desnutrición establecido por UNICEF. Teniendo en cuenta las experiencias de Buen Inicio, REDESA y otras se diseña el plan de operaciones de la EN CRECER. Entre los elementos claves incorporados fueron: enfoque preventivo y de promoción, enfocado en las edades más tempranas (gestación y menores de tres años), abordaje multisectorial (salud, saneamiento, educación y agricultura) e intergubernamental.
- El 2007 el gobierno nacional con el apoyo de la IDI, convoca a todos los gobiernos regionales del país para comprometerse a reducir la desnutrición crónica y se firma la Carta de Lima. Todos los gobiernos regionales empiezan a gestar sus propios espacios de articulación intersectorial y formulan sus estrategias de reducción de la desnutrición crónica en el marco de la EN CRECER. Cada uno con diferentes denominaciones pero con el mismo objetivo y marco conceptual.
- En el 2008 se crean los programas presupuestales, entre ellos el “Programa Articulado Nutricional”. La construcción de este programa retoma el marco conceptual de UNICEF y se basa en las intervenciones efectivas con evidencia científica. Una de las intervenciones más difíciles de incorporar fue el trabajo participativo comunitario, que tenía menos evidencias científicas, en ese sentido la experiencia de Buen Inicio contribuyó en la inclusión de este componente en el PAN.
- En el MINSA también se plantean modificaciones en su normativa para mejorar la calidad de atención del niño y la niña. Considerando la experiencia de Buen Inicio se incorporan los siguientes aspectos en la normativa: se incrementa el número de controles en los niños menores de dos años, se incorporan el análisis de factores determinantes y la consejería participativa en las historias clínicas, el énfasis en el seguimiento de las tendencias de ganancia de peso, entre otros elementos.
- Se reestructuran los programas de asistencia alimentaria y los programas sociales; y se incorporan objetivos institucionales de reducción de la desnutrición crónica. Entre los principales estuvieron el PRONAA, JUNTOS, FONCODES.
- Se establece que la ENDES reporte información anual para hacer seguimiento a los avances. Antes esta encuesta se realizaba cada 4 años.
- Se realizan reuniones anuales con los gobiernos regionales para ver los avances de la reducción de la desnutrición crónica, con el apoyo de la IDI.
- Al finalizar el gobierno de Alan García la desnutrición crónica logró la meta establecida de llegar a 16%.³
- Basados en la experiencia previa, se inicia todo el proceso de incidencia y abogacía con los partidos políticos el año 2010 para mantener el tema en la agenda. Así los partidos nuevamente se comprometen en seguir reduciendo la desnutrición crónica.
- El 2011 el nuevo gobierno incluye entre sus metas prioritarias no sólo continuar con la reducción de la desnutrición crónica, sino una política de inclusión

³ Patrón NCHS.

social que plantea la reducción de las brechas. El nuevo gobierno se toma un tiempo para identificar las fortalezas y las debilidades de la EN CRECER y la replantea con la denominación de "Incluir para Crecer".

- En el 2010 el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) lanza el Plan de Incentivos Municipales. Y en el 2012 plantea a los gobiernos locales la implementación de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) del cuidado integral de las gestantes y el niño y la niña, basados en la experiencia de Buen Inicio. Así todos los distritos de ciudades pequeñas recibirían un incentivo económico al implementar estos centros. UNICEF brinda la asistencia técnica al MINSA, responsable de plantear los lineamientos y criterios para la

implementación y funcionamiento de los CPVC. La meta se sigue manteniendo hasta el 2014.

- El 2014 el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y el MEF lanzan el Fondo de Estímulo al Desempeño (FED) para entregar incentivos a los gobiernos regionales que logren reducir la desnutrición crónica y la anemia, a partir de mejorar la atención integral de las gestantes, niñas y niños, y la mejora de los servicios de saneamiento básico, entre otras metas establecidas.
- Durante ambos periodos de gobierno la MCLCP realiza un seguimiento de forma concertada entre el gobierno y la sociedad civil de los avances del país en la reducción de la anemia y la desnutrición crónica.

Progreso y resultados:

La evidencia generada por Buen Inicio contribuyó en el posicionamiento de la desnutrición crónica en

la agenda política. Los resultados demostraron la reducción de 17.2 puntos porcentuales en 4 años de intervención.

Evolución de la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niños menores de tres años en el ámbito del programa Buen Inicio entre el 2000 y 2004

	2000 %	2004 %	Reducción en puntos porcentuales	Reducción en porcentaje
Desnutrición crónica	54,1	36,9	17,2	31,8
Anemia	76,0	52,3	23,7	31,2

Fuente: A. Lechtig, et al. The Good Start in Life Program decreased stunting, anemia, and vitamin A deficiency in poor children under 3 years of age in Peru: Results of an external evaluation. Food and Nutrition Bulletin, vol. 29, no. 4 © 2008, The United Nations University. Patrón usado NCHS.

Estos resultados fueron producto de:

- Empoderamiento de la comunidad y de las familias: se mejoró la capacidad de análisis de la comunidad y de las familias para entender la realidad y a partir de ella tomar decisiones.

La vigilancia comunitaria participativa permitió entender y manejar mejor la realidad de las comunidades excluidas. Se fortaleció el liderazgo y el protagonismo de las autoridades y agentes comunitarios, que incluye a mujeres promotoras

o consejeras comunitarias, quienes desarrollaron un alto nivel de motivación y capacidad para analizar y solucionar problemas. Se fortalecieron las redes de apoyo en la comunidad. Un producto importante del empoderamiento de las comunidades fue la formación de grupos para la reflexión y la acción. Esta práctica estimuló la cohesión social.

- Fortalecimiento institucional, mejora de la atención en los servicios de salud: un aspecto importante en la calidad de la atención fue el mejoramiento de los comportamientos y actitudes del personal de salud, producto de su propio aprendizaje. Esto demandó una alta dosis de sensibilidad a la diversidad cultural, al respeto por la gente, compromiso y paciencia. Los cambios positivos en la madre y el niño fueron claves para mantener su motivación. Inicialmente los actores podían no estar de acuerdo con el programa pero sus comportamientos y actitudes empezaron a mejorar cuando empezaron a sentir que se podían beneficiar del cambio. Se fortaleció el análisis crítico del personal de salud, incorporando la participación de la familia, confrontando los conceptos teóricos con la práctica de la realidad de la gente. La participación permitió entender y manejar mejor la complejidad de la realidad de la pobreza.

Como se mencionó antes, esta evidencia fue clave para todo el proceso de abogacía e incidencia para posicionar la desnutrición crónica en la agenda política y para mejorar las intervenciones del gobierno, especialmente del MINSA. Los principales resultados de todo el proceso iniciado en el 2007 fueron:

- Perú logró reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en 11 puntos porcentuales

desde el 2007 al 2013, pasando de 28,5% a 17,5% en ese periodo. La velocidad de reducción fue mayor en las zonas rurales que pasaron de 45,7% a 32,3%⁴.

- Compromiso político en todos los niveles. La reducción de la desnutrición crónica fue una prioridad del gobierno nacional en dos periodos continuos. Todos los gobiernos regionales también asumieron esta meta y gran parte de los gobiernos provinciales y distritales lo incluyeron en sus prioridades.
- Se tuvo una estrategia con un marco conceptual claro, único y consensuado con diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales. Marco que estableció el abordaje multidimensional del problema de la desnutrición crónica.
- Se incrementa significativamente, en 50%, el presupuesto del "Programa Articulado Nutricional" entre el 2008 y 2014, de 1.199 millones de soles a 1.795 millones de soles. Se generan los programas presupuestales basados en el marco conceptual de UNICEF que establece con claridad resultados y productos alineados con el presupuesto.
- Se cuenta con información oficial periódica que permite hacer seguimiento a los avances de las intervenciones establecidas para la reducción de la desnutrición crónica. Así desde el año 2007 la ENDES se realiza de forma anual.
- Se establecen programas de incentivos financieros para seguir impulsando la reducción de la desnutrición crónica. El Plan de Incentivos Municipales contó con un fuerte soporte de UNICEF a través del Ministerio de Salud.
- Se mejoraron la normativa de atención de los niños y niñas con el objetivo de mejorar el monitoreo del crecimiento y desarrollo. La

⁴ Patrón de la OMS.

contribución de Buen Inicio en la aplicación de algunas lecciones aprendidas fue importante.

- Se cuenta con un mecanismo de seguimiento concertado de la política pública a través de la MCLCP, que permite emitir alertas de forma oportuna y generar un canal de articulación del gobierno con la sociedad civil.

Así, en estos últimos 8 años, se establece por primera vez en el Perú un marco de acción multidimensional y multisectorial para el abordaje de la problemática de la desnutrición, la cual pasó de ser una política de gobierno a una política de Estado, trascendiendo 2 gobiernos.

Lección aprendida:

- Esta lección aprendida enfatiza la relevancia de generar evidencia a partir de experiencias locales que se construyen en la realidad de los contextos más excluidos y que tienen como premisa trabajar con las estructuras del Estado existentes y con activa participación de todos los involucrados en la solución de la problemática. Es así que la evidencia generada en Buen Inicio contribuyó a demostrar que sí es posible reducir la desnutrición crónica en contextos rurales pobres del Perú.
- Los resultados contribuyeron con la abogacía a nivel nacional para el cambio de paradigma en el abordaje de la política nacional de lucha contra la desnutrición crónica en el Perú, mientras que las estrategias y los procesos implementados orientaron el “cómo” de la implementación de la política. Las zonas de mayor éxito de Buen Inicio se constituyeron en centros de pasantías a las nuevas autoridades nacionales, regionales y locales, así como a técnicos del sector salud y de ONGs, entre ellos los distritos de Lamay (Cusco), de Chicmo (Apurímac) y de Parinari (Loreto).
- El éxito de Perú en la lucha contra la desnutrición crónica entre el 2007 y 2013, demuestra que sí es posible reducir significativamente la desnutrición crónica, cuando se trabaja con un marco conceptual basado en evidencias, un marco de acción multisectorial e intergubernamental, incremento del presupuesto basado en resultados, con monitoreo sistemático de los resultados y procesos, y con la alianza entre las instituciones del Estado, NU, ONGs y la sociedad civil.

Aplicación potencial:

- Esta lección aprendida tiene un amplio potencial de aplicación en la mejora de las políticas, programas y proyectos que tienen como objetivo mejorar las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes que viven en zonas excluidas.
- La evidencia generada en Buen Inicio no es replicable en sí misma cuando se intenta llevar a escala, pero sí las estrategias, metodología y procesos son aplicables no sólo al tema de nutrición sino a otros temas que buscan construir aprendizajes con participación de la población excluida. Esto implica generar condiciones para que la gente participe, reflexione y proponga mejoras en su propio contexto de vida, y con las complejidades que tienen en esa realidad de exclusión.
- La experiencia de Perú en su política de lucha contra la desnutrición crónica puede contribuir a mejorar esta problemática en otros países de América Latina y del mundo, que aún tienen altos índices de desnutrición.
- Perú todavía tiene el reto de reducir las inequidades en algunas regiones y grupos vulnerables, como es en la niñez indígena de la Amazonía.

Siguientes pasos:

- Luego de 8 años, el Estado plantea el reto de reducir la desnutrición crónica en los contextos rurales amazónicos que aún tienen altos niveles de desnutrición.
- Además propone ampliar su abordaje en la atención de la primera infancia, con la política intersectorial e intergubernamental de desarrollo infantil temprano “Los niños primero”, es decir, se plantea una política comprensiva que aborde la integralidad de la atención de la primera infancia.
- Para acompañar este reto, UNICEF Perú reforzará su acción programática en las regiones amazónicas y desarrollará experiencias demostrativas que contribuyan con el avance de la política de nutrición en estos contextos y en la atención integral de la primera infancia.



Niña recién nacida. Incubadoras y equipos neonatales donados por UNICEF al hospital Dr. Alejandro Cabral, San Juan de la Maguana, República Dominicana, frontera con Haití.
© UNICEF República Dominicana/2012/V. Olivero

República Dominicana

Iniciativa Ampliada de Hospital Amigo de la Niñez y las Madres (IHAN ampliada)

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: abogacía en salud materno infantil.

País: República Dominicana.

Título: Iniciativa ampliada de “Hospital Amigo de la Niñez y las Madres” (IHAN ampliada).

Enlaces relacionados: N/A

Persona de contacto: Sara Menéndez (smenendez@unicef.org), Oficial Supervivencia y Desarrollo Infantil, UNICEF República Dominicana.

Resumen:

La salud materno infantil en la República Dominicana presenta fortalezas en cuanto a cobertura de atención prenatal (99,3%), partos institucionales (97,5%), atención por personal especializado (98,2%)¹; así como debilidades en la calidad de la atención que se reflejan en una alta tasa de mortalidad materna (106 por 100,000 nacidos vivos)¹, una mortalidad neonatal de 21 por mil nacidos vivos e infantil de 27 por mil nacidos vivos¹.

La iniciativa “Hospital Amigo del Niño” tiene por objetivo mejorar la salud materna e infantil fomentando la lactancia materna. Esta comienza a implementarse en 1992 y constituye la primera modalidad de certificación que adoptó el Ministerio de Salud Pública para valorar el compromiso y el esfuerzo de los hospitales que buscan la implementación de la calidad y calidez de la atención y aportar en el au-

mento de la lactancia materna exclusiva. Doce hospitales han alcanzado esta nominación en la década de los 90s. Esto ha sido posible gracias al esfuerzo y liderazgo de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes (DIGEMIA) del Ministerio de Salud, con el apoyo de la “Comisión de Lactancia Materna” y la cooperación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Como resultado de la revisión de medio término en abril de 2014, la DIGEMIA y UNICEF, dada la relevancia y dinamismo que imprime la IHAN, proponen una ampliación con la definición de nuevos criterios globales que incluya: a) control prenatal de calidad; b) parto limpio; c) prevención de infecciones en la atención al neonato; y d) registro de nacimiento antes de salir del hospital. La IHAN tiene un enfoque holístico pues también abarca acciones de pro-

¹ Ministerio de Salud Pública, *Encuesta Demográfica y de Salud 2013*, Santo Domingo, República Dominicana, 2014.

moción de la salud materno infantil a nivel de la comunidad y en el primer nivel de atención (Unidades de Atención Primaria).

Con esta ampliación se pretende contribuir al cumplimiento de acciones programáticas contenidas en los reglamentos técnicos² para mejorar la salud de la madre y del neonato; así como reducir las brechas de inequidad asociadas al registro de nacimiento antes de la salida del hospital.

Se espera así aumentar la integralidad de la IHAN y que la misma impacte de manera positiva en la reducción de muertes maternas e infantiles vinculadas a sepsis neonatal, asimismo reducir las infecciones en las madres y complicaciones obstétricas y relacionadas con la calidad de la atención prenatal, el parto y puerperio, para contribuir con la reducción de las muertes maternas.

La IHAN ampliada es una innovación que además de contribuir a la sobrevivencia infantil garantiza el buen comienzo en la vida, a través de la inclusión de nuevos criterios globales de certificación relacionados con estándares de control prenatal, parto limpio, reducción de sepsis neonatal y registro de nacimiento oportuno.

Tema (antecedentes):

En República Dominicana, a pesar de que más de 99,3% de las embarazadas practican chequeo-prenatal y el parto es institucional en 97,5% de los casos, la mortalidad materna y neonatal sigue siendo alta³. El hecho de que 14% de muertes maternas y 29% de muertes neonatales están asociadas a la sepsis⁴ indica que la mejora de la calidad del servicio hospitalario reducirá la mortalidad materna y neonatal. Así mismo, las auditorías clínicas realizadas en los hospitales establecen que el 60% de las muertes maternas y el 80% de las muertes infantiles pudieron haberse evitado⁵.

Una experiencia local, en el Hospital Regional Antonio Musa, constató la efectividad del lavado de manos y la intervención del parto limpio en la reducción de la mortalidad neonatal por sepsis. El porcentaje de muertes en neonatos por sepsis era 38% en 2006 y se redujo a 20% en 2007 y 1,7% en 2008. Desde el 2010 a la fecha no ha habido muertes neonatales por sepsis y la mortalidad neonatal en el hospital se redujo a 11 por mil nacidos vivos⁶.

Un reciente estudio evidenció que a pesar del alto porcentaje de parto institucional y la existencia de delegaciones de oficialía de registro civil en los hospitales, sólo un 30% está siendo registrado antes de salir del hospital⁶.

² Ministerio de Salud Pública, *Reglamentos técnicos para atención integral de niños y niñas menores de cinco años y de la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y puerperio*, Santo Domingo, República Dominicana, 2013.

³ Ministerio de Salud Pública, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica*, Santo Domingo, República Dominicana, 2013.

⁴ Ministerio de Salud Pública, Dirección General Materno-Infantil, DIGEMIA. Santo Domingo, República Dominicana, 2013.

⁵ Datos administrativos del Hospital Regional Dr. Antonio Musa. Santo Domingo, República Dominicana, 2013.

⁶ UNICEF República Dominicana. Estudio línea de base registro de nacimiento en delegaciones de oficialía de registro civil instaladas en hospitales públicos. Santo Domingo, República Dominicana, 2013.

Estrategia e implementación:

La iniciativa “Hospital Amigo del Niño” fue adoptada por el país en 1992 con el objetivo de mejorar la calidad y calidez de la atención y contribuir al aumento de la lactancia materna exclusiva y la eliminación de la promoción de sucedáneos de leche materna en los hospitales de maternidad. En 2008 la OMS y UNICEF hacen una revisión de la IHAN e incluyen tres pasos opcionales relacionados con el cumplimiento del código internacional de sucedáneos de la leche materna, la consejería en VIH y alimentación, y la atención amigable a la madre en el parto y parto. En abril de 2014, con la revisión de medio término del programa de cooperación de UNICEF con el Gobierno Dominicano y teniendo en cuenta la situación de salud materno-infantil, se acuerda ampliar la IHAN con 4 nuevos componentes además de la lactancia materna: control prenatal de calidad, parto limpio, prevención de infecciones en la atención del neonato y el registro oportuno de nacimiento.

- En julio de 2014 se inició la fase de implementación en tres hospitales de los diez priorizados. En primer lugar se realiza una línea de base con indicadores específicos para cada criterio global; posteriormente, el comité técnico del hospital, liderado por su director, realiza un análisis de la línea de base y diseñan un plan de acción identificando las actividades orientadas a superar las limitaciones encontradas en la línea de base.
- Por lo general, las actividades no requieren de altas cifras de presupuesto sino más bien de la introducción de buenas prácticas, cambios en las rutinas por parte del personal de salud y capacitación en algunos temas concretos con énfasis en bioseguridad y registro de nacimiento. Cada actividad cuenta con una persona responsable de rendir cuentas en la ejecución del

plan de mejora. En esta fase de implementación se involucra también a técnicos del nivel central y regional del Ministerio de Salud, quienes dan acompañamiento al comité técnico del hospital.

- UNICEF realiza desde 2013, una cooperación descentralizada con los Servicios Regionales de Salud, quienes son los responsables de la provisión del servicio. El rol de UNICEF es de asistencia técnica y financiamiento del plan de trabajo regional, lo que contribuye al logro de los resultados intermedios del plan anual de UNICEF con el Ministerio de Salud. En la actualidad, UNICEF apoya 4 de los 9 servicios regionales de salud que existen en el país. Con este abordaje se logra que el nivel regional fortalezca sus capacidades en la aplicación de los reglamentos y normas a nivel de su respectiva red de servicios, mientras que el nivel central asume un rol de acompañamiento y seguimiento a las acciones que se van implementando.
- Una vez el comité técnico del hospital analiza los cambios implementados según los estándares, se procede a solicitar la evaluación externa al Viceministerio de Calidad y a la DIGEMIA, y si los resultados son positivos y cumplen con todos los criterios, se procede a su reconocimiento como Hospital Amigo por parte del Ministro de Salud y la Representación de UNICEF.

Progreso y resultados:

Los principales progresos en la implementación de la estrategia han sido:

- Elaboración de los documentos de la IHAN ampliada basados en la metodología de la Iniciativa. Se cuenta con un documento con los criterios globales o estándares de la IHAN ampliada incluyendo aquellos para los nuevos pasos.
- Elaboración de los formularios de evaluación externa de los nuevos criterios, basados en las

normas y guías clínicas del Ministerio de Salud y las hojas de resumen por cada paso de la IHAN.

- Se cuenta con línea de base y plan de acción para tres hospitales.

Las limitaciones más comunes, identificadas en la línea de base, están relacionadas con el no cumplimiento de normas y protocolos, débil gestión, la falta de planificación operativa, ineficiente asignación de recursos humanos y suministros, falta de supervisión del cumplimiento o no de las normas y ausentismo de personal cualificado durante el parto. La falta de bioseguridad en los hospitales constituye otra importante limitación que influye notablemente en la aparición de sepsis materna y neonatal. Situaciones como el no uso de guantes y campos estériles durante el parto y recepción del recién nacido, la falta de agua limpia y continua, el lavado de manos que no es sistemático cuando se examina a los recién nacidos en UCI y la falta de cloro residual en el agua de áreas críticas se presentan con regularidad. Por último, la pérdida de oportunidades para el registro de nacimiento antes de salir del hospital a pesar de la facilidad de contar con una delegación de la Oficialía de Registro Civil en 57 hospitales de maternidad.

Todavía es pronto para reportar cambios en las muertes maternas y neonatales, pero en el Hospital Dr. Alejandro Cabral en San Juan de la Maguana se evidencia, de acuerdo con el reporte hospitalario, que la mortalidad neonatal por sepsis se redujo del 61% en 2012 al 18% en 2014, y que el porcentaje de niños que salen del hospital con su acta de nacimiento ha aumentado a 72%.

Según cálculos realizados por la oficina local de UNICEF, se estima que en los próximos tres años de implementación de la IHAN ampliada se salven 3.700 recién nacidos, y que el Ministerio de Salud Pública ahorre 33 millones de dólares por concepto de prevenir las complicaciones y evitar que los bebés tengan que ser atendidos en Unidad de Cuidados Intensivos.

Lección aprendida:

- Las intervenciones incluidas en la IHAN ampliada están basadas en evidencias⁷, son de baja complejidad pero de alta efectividad, como es el caso del parto limpio, lavado de manos, acceso a agua continua y clorada, las cuales tienen un impacto directo en la reducción de la sepsis neonatal. El registro de nacimiento de forma oportuna le garantiza al niño el ejercicio de sus demás derechos.
- La IHAN ampliada ofrece una visión de atención integral a la salud materna y neonatal, con indicadores y metas basados en criterios y estándares concretos y una metodología para su implementación que culmina en la certificación del hospital una vez se evalúan todos los pasos, el hospital y las unidades de atención primaria (UNAP) de su área de influencia cumplen con los criterios y existen organizaciones en la comunidad que informan a las gestantes y su familia sobre cómo se desarrolla el embarazo, la alimentación y nutrición, las vacunas, los cuidados, las señales de peligro durante el embarazo y los cuidados del bebé.
- Un valor positivo de la implementación de la IHAN en el pasado, se relaciona con la motivación que

⁷ World Health Organization, United Nations Children's Fund, *Every Newborn: an action plan to end preventable deaths*, World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2014.

el reconocimiento que entrega el Ministro de Salud y UNICEF generó en todo el personal de salud, una vez se cumplían con los diez pasos de la lactancia materna. En la década de los 90's, la IHAN contribuyó a aumentar el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los seis meses a 25%⁸.

- La mayor limitación de la IHAN fue el no haber generado evidencias en su contribución con la reducción de las muertes maternas y neonatales, el escaso seguimiento realizado y la falta de continuidad en la implementación de la IHAN por parte del Ministerio de Salud y de la cooperación de UNICEF. Algunos hospitales que fueron certificados como amigo del niño en base a los 10 pasos de la lactancia materna presentaron muertes maternas y neonatales evitables dos años después de su certificación. Esta situación es la que ha generado la ampliación de la IHAN con la introducción de los nuevos pasos.

monitoreo de los avances de la implementación de los pasos de IHAN ampliada.

- Organizar un manual de capacitación en los temas que trata de la IHAN ampliada e incluir los temas en el currículo de enseñanza de los hospitales que cuentan con residencia médica.
- Promover la IHAN ampliada.
- Generar alianzas con otras organizaciones para la promoción de la salud materno-infantil a nivel comunitario.
- Fortalecer el primer nivel de atención
- Sistematizar los logros, limitaciones y lecciones aprendidas producto de la implementación en los primeros dos hospitales incluyendo las UNAPs y comunidades de su área de influencia.

Aplicación potencial:

- En 2014 se está iniciando su aplicación en tres hospitales seleccionados, pero la aplicación será a nivel nacional en todos los hospitales de maternidad.
- Este modelo de certificación cumple con las directrices de la Política Nacional de Calidad y está en proceso de ser oficializado a través de una resolución Ministerial.

Siguientes pasos:

- Implementar MoRES a nivel de las Direcciones Provinciales de Salud como herramienta de

⁸ Ministerio de Salud Pública, Centro de Estudios Sociales y Demográficos, *Encuesta Demográfica y de Salud 1996*, Santo Domingo, República Dominicana, 1997.

Surinam

Promoción de la lactancia materna exclusiva durante seis meses mediante una estrategia de comunicación sobre alimentación y cuidados básicos del lactante y del niño pequeño

Categoría: lección aprendida.

Área de enfoque o estrategia transversal: investigación formativa y estrategia de comunicación sobre alimentación y cuidados básicos del lactante y del niño pequeño.

País: Surinam.

Título: Promoción de la lactancia materna exclusiva durante seis meses mediante una estrategia de comunicación sobre alimentación y cuidados básicos del lactante y del niño pequeño.

Enlaces relacionados:

- Ayo Adene y Sara Cameron. Abril de 2014. IYCF and Essential Care in Suriname - Findings from formative research into behavior, practices and health services influencing nutrition and health outcomes for infants aged 0-24 months. Consultoría de UNICEF para el Ministerio de Salud de Surinam.
- Sara Cameron. Abril de 2014. IYCF and essential care in Suriname – Communication strategy. Consultoría de UNICEF para el Ministerio de Salud de Surinam.

Persona de contacto: Elwine van Kanten (evankanten@unicef.org), Supervivencia y Desarrollo Infantil, UNICEF Surinam. Min Yuan (myuan@unicef.org), Directora de Programa, UNICEF Surinam.

Resumen:

Las estadísticas de Surinam con respecto a la lactancia materna son malas: el inicio inmediato se sitúa en torno al 45%, la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida es del 2,8%, y la lactancia materna hasta los dos años es del 15%.

Los bajos índices de lactancia materna tienen consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud y el desarrollo de los niños, así como mayor riesgo de enfermedades para las mujeres.

Según ciertas investigaciones, estos índices tan bajos se deben a las actitudes y creencias de las madres y sus familiares, los consejos confusos de

los trabajadores de la salud, ciertas prácticas laborales y los subsidios gubernamentales a la leche maternizada, disponible en policlínicas.

Se creó entonces una estrategia de comunicación sobre alimentación y cuidados básicos del lactante y del niño pequeño para generar cambios sociales mediante cuatro estrategias principales:

- 1) Mejorar la comunicación interpersonal.
- 2) Ampliar la información pública.
- 3) Promover políticas y directrices efectivas.
- 4) Movilizar alianzas con el Gobierno, el sector privado y la sociedad civil.

El componente de cuidados básicos se relaciona en este caso con las opciones de alimentación del niño pequeño, la búsqueda de atención médica, el reconocimiento de señales de peligro, la higiene y el saneamiento y el acceso a diversos canales de comunicación.

Aunque esta estrategia se encuentra en su primera etapa (preparatoria) de implementación, ya se están notando los beneficios en una mayor motivación del personal de la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Salud y en la prometedora aplicación de esta estrategia en esferas de trabajo relacionadas, como la salud materno infantil, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la salud familiar y comunitaria, la prevención y el control de enfermedades (incluidas las enfermedades no transmisibles), la promoción de la salud y la salud ambiental. La estrategia también puede aplicarse en otras áreas técnicas de UNICEF, como la protección de la infancia, la educación y la comunicación para el desarrollo.

Tema (antecedentes):

Las estadísticas de Surinam con respecto a la lactancia materna son especialmente malas. El bajo porcentaje de inicio inmediato de la lactancia materna, situado en torno al 45%, puede estar vinculado con la mortalidad neonatal. Menos de tres de cada 100 lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna en los primeros seis meses de vida, y solo el 15% de los niños son amamantados hasta los dos años. En particular, el índice de lactancia materna exclusiva (2,8%) está entre los más bajos del mundo (MICS 2010, Surinam).

Los bajos índices de lactancia materna tienen consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud y el desarrollo de los niños, así como mayor riesgo de cáncer, diabetes y otras enfermedades no transmisibles para las mujeres.^{1,2,3}

La investigación formativa para la alimentación del lactante y del niño pequeño en Surinam sugiere que esos índices tan bajos pueden responder no solo a creencias locales, sino también a prácticas recomendadas por trabajadores de la salud, como la de dar agua y alimentos complementarios a bebés menores de seis meses. Otro motivo puede ser la arraigada práctica gubernamental de subsidiar la leche maternizada que se vende en las policlínicas.

La investigación formativa también indicó claramente que las actitudes y creencias de los familiares y trabajadores de la salud, las prácticas laborales y las políticas gubernamentales influyen en las opciones de cuidado infantil que hacen las madres y otros cuidadores.

Estrategia e implementación:

En el marco del programa de salud y nutrición, se seleccionó el componente de alimentación del lactante y del niño pequeño, con especial atención a los niños de 0 a 2 años. Una consultora de UNICEF, Sara Cameron, elaboró la estrategia de comunicación sobre alimentación y cuidados básicos del lactante y del niño pequeño para el Ministerio de Salud. Esta estrategia es la primera de su tipo en Surinam y tiene como propósito principal generar cambios

¹ Danforth, D.N., et al., 'Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts', *Cancer Causes Control*, 2007, 18 (5): 517-23.

² Martin, R.M., et al., 'Breast-feeding and cancer: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis', *J National Cancer Institute*, 2005, 97 (19): 1446-57.

³ Horta, B.L., et al., *Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic review and meta-analysis*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2007.

sociales motivando y empoderando a madres y otros cuidadores con mayores conocimientos sobre prácticas apropiadas de alimentación y cuidado, y promoviendo el desarrollo de un ambiente propicio que refuerce y estimule el cambio. Tal ambiente propicio depende del apoyo activo de los familiares cercanos, del estímulo y el asesoramiento efectivos de los trabajadores de la salud, del apoyo de medios de comunicación bien informados y de políticas sociales positivas.

Este proyecto cuenta con el apoyo financiero y técnico de UNICEF en asociación con la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Salud. El proceso involucra a muchos otros interesados, entre ellos ONG como Regional Health Centers (RGD), Medical Mission (MM), Stibosu (una ONG que promueve la lactancia materna), además de medios de comunicación y asociados de las Naciones Unidas (OPS, UNFPA).

En general, se espera lograr cambios sociales y de comportamiento para alcanzar resultados definidos claramente mediante cuatro estrategias principales:

1. Mejorar la comunicación interpersonal entre los trabajadores de la salud, las madres y otros familiares sobre aspectos fundamentales de la alimentación y los cuidados básicos del lactante y del niño pequeño.
2. Ampliar la información pública mediante diversos canales, para promover aspectos fundamentales de la alimentación y los cuidados básicos del lactante y del niño pequeño.
3. Promover políticas y directrices eficaces para poner fin a la venta de leche maternizada en centros de salud y eliminar el subsidio a la leche maternizada; crear y aplicar directrices para promover los hospitales amigos del bebé y un código nacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna, legislar sobre la licencia materna y crear directrices nacionales sobre nutrición.
4. Movilizar asociaciones entre el Gobierno, el sector privado y la sociedad civil a fin de ampliar los canales

para trabajar con las familias sobre la alimentación y los cuidados básicos del lactante y el niño pequeño y contribuir a la promoción colectiva de cambios esenciales de políticas. Las asociaciones con medios de comunicación, organizaciones religiosas, grupos de mujeres, organizaciones comunitarias y otras que tienen una profunda penetración en la sociedad de Surinam pueden asegurar un impacto más amplio.

Progreso y resultados:

Una vez finalizada la estrategia de comunicación, se la empezó a aplicar en Surinam en el segundo semestre de 2014, dirigida por la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Salud.

- Se elaboró un plan de aplicación.
- Se contrató un especialista en comunicación para coordinar la producción y las pruebas de los materiales y preparar mensajes fundamentales para los portavoces.
- Se creó una mascota, Mavis, como herramienta de promoción de la estrategia.
- Se están elaborando materiales de comunicación, incluso mensajes fundamentales de información pública mediante afiches, avisos de radio y televisión, DVD y videos instructivos sobre lactancia materna para las salas de espera de las clínicas, tarjetas y materiales de capacitación para la comunicación interpersonal, etc.
- UNICEF brindó apoyo técnico y financiero para capacitar parteras y otros trabajadores de la salud.

Los principales obstáculos fueron:

- Normas socioculturales estrictas.
- Creencias y tradiciones que contradicen algunos de los mensajes fundamentales.
- Consideración del subsidio de la leche maternizada como un derecho.
- Capacidad de ejecución limitada de los organismos gubernamentales competentes.

- Resistencia al cambio de parte de los trabajadores de la salud.

Es necesario fortalecer el seguimiento y la evaluación en el próximo período de implementación.

También es importante hacer que los interesados de otros sectores sin ser el de la salud sigan participando en la implementación.

Lección aprendida:

- La investigación formativa proporcionó información y pruebas fundamentales que favorecieron la elaboración de una estrategia de comunicación integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Este es un buen ejemplo de comunicación con base empírica.
- Gracias al proceso participativo facilitado por expertos en comunicación altamente calificados, los interesados pudieron traducir los hallazgos de la investigación y las recomendaciones en planes de acción. Como resultado, aumentó el sentido de propiedad de los interesados y la motivación para implementar las intervenciones. Este proceso también brindó enseñanzas prácticas al personal de la Oficina de Salud Pública y fortaleció al personal gubernamental de programas de investigación, planificación y desarrollo.
- Las diferentes prioridades y los recursos humanos limitados del Ministerio de Salud impidieron la implementación oportuna del proyecto. La participación de otros interesados ayudó a subsanar las deficiencias de recursos humanos del Gobierno.

Aplicación potencial:

- Otras estrategias de comunicación pueden adaptar fácilmente este enfoque de desarrollo del proyecto.
- El Ministerio de Salud decidió ampliar la estrategia de comunicación a otras iniciativas de promoción de

salud, por ejemplo a la salud materna, la atención de la salud infantil y el desarrollo del niño en la primera infancia. Por lo tanto, se trata de una estrategia de comunicación que abarca algo más que la alimentación del lactante y el niño pequeño.

- Cuando se duplique, la investigación formativa y la recolección de información de referencia cobrarán importancia en cada una de las diferentes áreas.

Siguientes pasos:

- Implementación de la estrategia en cuatro esferas de acción: 1) Mejorar la comunicación interpersonal; 2) Ampliar la información pública; 3) Promover políticas y directrices efectivas; 4) Movilizar asociaciones entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil.
- Seguimiento y evaluación del proceso y de resultados como el aumento del índice de lactancia materna exclusiva, la mejora de la atención y la búsqueda de atención médica en el primer mes de vida.
- También es importante hacer que los interesados de otros sectores sin ser el de la salud sigan participando en la implementación.



Franco, de 5 meses, forma parte del programa Crece Contigo de Uruguay. En la imagen en Ciudad del Plata, San José.
© UNICEF Uruguay/2013/Pirozzi

Uruguay

Prioridad a la primera infancia: el enfoque de cercanías como componente innovador de un programa

Categoría: lecciones aprendidas.

Área de enfoque o estrategia transversal: abogacía, asociación y apoyo técnico en primera infancia/ desarrollo infantil/sectores vulnerables.

País: Uruguay.

Título: Prioridad a la primera infancia: el enfoque de cercanías como componente innovador de un programa.

Enlaces relacionados:

Seminario internacional “Canelones Crece Contigo. Equidad desde el comienzo de la vida”:

<http://www.presidencia.gub.uy/sala-de-medios/fotografias/seminario-internacional-canelones-crece-contigo>

Persona de contacto: Álvaro Arroyo (aarroyo@unicef.org), Oficial de Salud y ECD, UNICEF Uruguay.

Resumen:

En la actualidad se cuenta con suficiente evidencia científica a favor de la importancia de la primera infancia, mostrando que durante los primeros años de vida se sientan las bases para el desarrollo del individuo. La experiencia humana durante la primera infancia tiene efectos que perduran durante toda la vida del individuo tal como lo señalan diferentes investigaciones. Se trata del derecho a un buen comienzo en la vida y a poder acceder en forma equitativa a todas las oportunidades en la vida.

En los últimos 20 años hubo importantes avances en Uruguay en relación con las políticas de primera infancia. En este proceso han resultado claves algunas estrategias que UNICEF desarrolló y que en un

análisis longitudinal es posible identificar como lecciones aprendidas acerca de cómo esas estrategias incidieron en la opinión pública y en las decisiones de política que adoptó el país.

No obstante los avances señalados, aún es posible identificar aspectos no resueltos vinculados a la primera infancia que permanecen como desafíos:

1. Los niños entre 0 y 5 años son los más afectados por la pobreza: 22,6% de ellos vivían en 2013 en hogares por debajo de la pobreza¹.
2. Según la encuesta del Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y el

¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Montevideo, Uruguay, 2014. Fuente: <www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/Pobreza%202013/Estimaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza%20por%20el%20M%C3%A9todo%20del%20Ingreso%202013.pdf>.

Desarrollo Infantil (RUANDI) y UNICEF, de 2011², la desnutrición crónica en menores de 2 años era de 11 %, la anemia de un 31,5% y la obesidad de un 10%. No hay disponible nueva información que actualice estos datos.

3. En relación con el desarrollo infantil, en la encuesta MICS (UNICEF 2013)³ se encontró que en niños de 36 a 59 meses un 48,9% puntuaban adecuadamente en las áreas de alfabetización y aritmética, un 80% lo hacían en el área socio emocional, un 97,7 en el área física y un 98,2% en aprendizaje. La puntuación global del índice de desarrollo infantil promedio fue de 86,8.
4. En tanto que en una encuesta realizada en el departamento de Canelones representativa del 70% de los niños de 0 a 2 años se encontró que un 24% de los niños tenían alteraciones en el desarrollo (principalmente del lenguaje)⁴.

Tema (antecedentes):

Pese a ser un país de renta alta desde 2013⁵, Uruguay sigue siendo en América Latina el país que presenta la mayor asimetría entre niños y adultos con relación a la incidencia de la pobreza. El porcentaje de niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza es 7,1 veces mayor al que se registra en las personas de 65 o más años de edad, y es 2,3 veces mayor al que se observa en las personas de 18 a 64 años.

Además de verse reducido su número en términos absolutos, los niños y las niñas más pequeños sufren en mayor medida la pobreza (de hecho, entre los niños menores de 6 años la pobreza alcanza su máximo nivel en toda la población: 24,5%), situación que refleja la fragilidad social y económica que deben afrontar las familias más jóvenes.

Si bien algunos indicadores vinculados a la primera infancia son positivos y ubican al país en las primeras posiciones dentro de la región, como es el caso de la mortalidad infantil (9% en 2012)⁶, otros como ya se menciona arriba muestran situaciones críticas, como la desnutrición crónica o la anemia, lo cual refleja una aún precaria situación en esta etapa de la vida para un grupo importante de niños y niñas. Por ello, uno de los grandes desafíos que enfrenta Uruguay, es el fortalecimiento de las políticas de primera infancia, a fin de asegurar su mejor desarrollo, condición clave para facilitar una trayectoria social y educativa positiva.

Estrategia e implementación:

UNICEF apoyó la implementación del programa Canelones Crece Contigo (CCC) etapa a la que llamaremos fase 1. Luego de la presentación de resultados de CCC, el Gobierno Nacional decidió

² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Salud Pública, MIDES, *Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay*, Montevideo, Uruguay, 2011.

³ Ministerio de Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Encuesta MICS 2014*, Resultados aún no publicados, Montevideo, Uruguay, 2014.

⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Intendencia de Canelones, *Resultados presentados en el Seminario "Canelones con la mirada de los niños hacia mil días de igualdad"*, 7º Seminario de Políticas de Primera Infancia en Canelones, 16 de diciembre de 2014, Montevideo, Uruguay, 2014.

⁵ De acuerdo con el Banco Mundial, Uruguay ingresó en 2013 al grupo de países de "ingreso alto" tras haber alcanzado un ingreso bruto per cápita de U\$S 16.350. Asimismo, durante este período se registró una sostenida y significativa reducción del porcentaje de hogares y personas bajo la línea de pobreza (de 39.9% en 2004 a 12.4% en 2012) Fuente: <<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>>

⁶ Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay, 2014. Fuente: <www.msp.gub.uy/noticia/estad%C3%ADsticas>.

llevar la experiencia de trabajo con las familias en torno a la primera infancia a escala nacional. En junio de 2012 se lanzó el proyecto Uruguay Crece Contigo (UCC), alojado en la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), órgano de la Presidencia de la República y con participación directa del MSP y el MIDES. Participan también en un comité técnico intersectorial otros organismos como el Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay, Plan Centros de Atención a la Infancia y a la Familia (INAU/Plan CAIF), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social/Instituto Nacional de Alimentación (MTSS/INDA), Banco de Previsión Social (BPS), Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y Administración Nacional de la Educación Pública (ANEP). UNICEF apoyó este programa desde su inicio (etapa a la que llamaremos fase2).

El objetivo general de UCC es “consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia a través de una política pública que garantice los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años; para un desarrollo integral, desde una perspectiva de derechos”.

UCC tiene 4 componentes:

- o Acompañamiento familiar y trabajo de cercanía.
- o Acciones socio-educativo-sanitarias universales.
- o Generación de conocimiento.
- o Fortalecimiento de capacidades institucionales.

UCC ha alcanzado los 19 departamentos y ha atendido alrededor de 10.000 familias.

UNICEF, con el propósito de promover a la primera infancia en la agenda del país, y en apoyo a los programas mencionados de Canelones Crece Contigo y Uruguay Crece Contigo, ha desarrollado un conjunto de estrategias complementarias y convergentes que se pueden resumir en lo siguiente:

- Monitoreo y análisis de la situación de los derechos de los niños, niñas adolescentes y las mujeres. Un enfoque de derechos y ciclos de vida que jerarquizó a la primera infancia.
- Generación y difusión del conocimiento en diversas disciplinas y basadas en evidencias.
- Abogacía y promoción de políticas: priorizar a la primera infancia y promover el desarrollo de políticas con este enfoque.
- Cooperación horizontal - Cooperación Sur – Sur.
- Asociación con institutos de alta capacidad técnica y académica.
- Apoyo a propuestas innovadoras que incorporan acciones basadas en evidencia. Monitoreo y evaluación (M&E) y planteo de resultados.
- Estrategias de comunicación, apoyo a las acciones de abogacía.

Progreso y resultados:

Se reseñan a continuación los resultados de la fase 1⁷ ya que los datos de la fase 2 aún no están disponibles. La implementación del programa CCC logró:

- Un aumento de la proporción de hogares con seguridad alimentaria, pasando de 22% a 42%.
- Aumentó la proporción de niños con cédula de identidad: de 88 a 97%.
- Los hijos e hijas de las mujeres embarazadas acompañadas durante el proyecto, en

⁷ Intendencia de Canelones, Uruguay, *Resultados del seminario internacional “Canelones Crece Contigo. Equidad desde el comienzo de la vida.”* 17 de agosto de 2011. (Información no publicada). Ciudad de Canelones, Uruguay, 2011.

comparación con aquellos que se controlan en servicios públicos de salud del interior del país, presentaron:

- o Mayor número de controles prenatales (el 82,8% con 6 y más controles en comparación con 64,8%).
- o Menor prematuridad (6,9% en relación a 9,2%).
- o Menor bajo peso al nacer (8,6% en relación a 10,5%).
- Estos niños tuvieron un déficit de crecimiento y un déficit de peso significativamente menores que sus pares que viven en las mismas regiones y se controlan en servicios públicos de salud:
 - o Menor déficit de talla para la edad (9,2% en relación a 21,1%).
 - o Menor déficit de peso para la talla (1,4% en relación a 1,8%).
- Mejoraron las prácticas de crianza. El % de madres que le cantan a sus hijos aumentó de 83,5% a 90,2%. El porcentaje que les hace cuentos aumenta de 39% a 68%.
- El déficit de peso para la talla disminuyó de 4,8% a 0,9%. El 100% de los niños que al inicio presentaban desnutrición grave y el 95% de los que presentaban desnutrición moderada mejoraron su estado nutricional.
- El déficit de talla para la edad se mantuvo en 17,4%. Sin embargo es de destacar que el 70% de los niños con retraso grave de talla mejoraron su crecimiento, pasando a categorías de menor riesgo nutricional. Lo mismo ocurrió con el 46,9% de los niños con retraso moderado de talla.
- Al inicio de la intervención el 13,8% de los niños de CCC presentaban alteración del desarrollo infantil según la pauta de evaluación del MSP. Este porcentaje descendió a 8,8%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.
- Los resultados más importantes se produjeron en los niños mayores de 1 año, en los cuales el porcentaje de niños que no cumplen con la pauta

disminuye a casi la mitad (de 15,5 a 8,7%). El descenso fue menor en los niños menores de 12 meses, pasando de 9,9 a 8,2%.

Lección aprendida:

- Prioridad en la primera infancia a partir de la evidencia aportada por múltiples estudios científicos.
- Necesidad de contar con un abordaje integral/intersectorial. Es necesario contar con las miradas sectoriales pero con programas/políticas intersectoriales.
- Desarrollo de una mirada integral de la población infantil y adolescente que pone particular atención a las trayectorias de niños y niñas.
- Importancia de las prácticas de crianza y del involucramiento de toda la sociedad. La prioridad en la primera infancia no tiene que ver solo con los más pobres.
- UNICEF, como voz independiente y con legitimidad en la temática específica, ha logrado construir un lugar como interlocutor del sistema político, social y académico.
- Su condición de organismo internacional especializado, le ha posibilitado acercarse al país la experiencia y la evidencia generada en otros contextos.
- Presencia de UNICEF a través de su oficina de país y capacidad de interlocución directa con las más altas autoridades.

Aplicación potencial:

- La experiencia reseñada tiene un potencial considerable y podría ser aprovechada compartiendo y comparando con las experiencias en otros países de la región.
- Las lecciones aprendidas pueden ser referidas tanto a las experiencias de los países como a la programación/priorización/políticas de UNICEF.

- Aplicación al enfoque de ciclo de vida con la visión de las “ventanas de oportunidades” de la primera infancia y la adolescencia.
- Tomando en consideración el desarrollo infantil en la primera infancia como variable clave a ser reflejada en los resultados de políticas y programas.

Siguientes pasos:

- Proteger los logros (UCC y CCC) y enfrentar los nuevos desafíos (Monitoreo y evaluación).
- Difusión de resultados.
- Contribuir a consolidar un plan de transición y continuidad hacia un “Sistema de Protección a la Primera Infancia” (SPPI); como debates, fortalecer los puntos débiles, sistematizar, continuar abogando por la primera infancia.
- Considerar el cambio de Gobierno: relativa inestabilidad sobre todo de los programas más nuevos (desafíos de la institucionalidad).
- Determinar en la asignación presupuestaria desde el primer año de Gobierno.