

Modelo Intercultural para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas



Presentación

*Con el fin de contribuir en el diseño y ejecución de estrategias y programas integrales para promover los derechos reproductivos y el acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva de la población indígena, el **Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA)** y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) promovieron el desarrollo del **Modelo para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas**, en el marco de la gestión del **Proyecto Atención Integral en Salud Reproductiva y Violencia Familiar en Comunidades Indígenas en Municipios de alta Marginación**, en los estados de Chiapas e Hidalgo.*

El documento que se presenta contiene una propuesta organizada, con elementos conceptuales y aspectos prácticos del Modelo de Atención desarrollado, y pretende orientar las estrategias, lineamientos y acciones, en iniciativas que buscan adoptar un enfoque de derechos, una perspectiva de género, desde una visión de interculturalidad, en la que se consideren las características y necesidades específicas de la población indígena.

El manuscrito se estructuró en dos partes, la primera corresponde a la presentación del Modelo a partir de seis capítulos; en el capítulo inicial se presentan los aspectos generales del Proyecto que dieron origen al Modelo, contextualizando la implementación de la estrategia. En el segundo capítulo se plantea una visión general de la necesidad de la construcción de estrategias para la atención de la salud reproductiva en comunidades indígenas, como justificación del diseño y ejecución del Modelo. En el tercer apartado se mencionan los objetivos propuestos y posteriormente en el cuarto capítulo, se revisa el enfoque conceptual del Modelo, desarrollado en tres apartados el primero

referido al concepto de derechos humanos en el tema de la atención a la salud reproductiva en comunidades indígenas, el segundo a la equidad de género y el tercero a la noción de interculturalidad en el campo de la salud. Para después presentar en un quinto capítulo los principios metodológicos que sustentan del Modelo, finalmente en el sexto capítulo se presentan las etapas y componentes del Modelo y se incluye como primer anexo la metodología de Marco Lógico como herramienta de planeación.

En la segunda parte del documento se desarrollan las Guías Metodológicas para la ejecución de cada uno de los componentes del Modelo, detallándose en siete capítulos los procesos operativos para la gestión de cada una de las estrategias, referidas al Diagnóstico Situacional, la Planeación Participativa, la Organización y Participación Comunitaria, la Sensibilización y Capacitación Intercultural, la Información y Comunicación, la Sensibilidad Cultural para la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva y el Monitoreo y Evaluación. Adicionalmente para cada una de las Guías Metodológicas se incluyen como anexos algunas herramientas metodológicas que pueden ser utilizadas y adaptadas en las diferentes experiencias de réplica del Modelo.

PRIMERA PARTE. MODELO INTERCULTURAL PARA LA ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA EN COMUNIDADES INDÍGENAS (Página 1)

- I. Contexto**
- II. Justificación**
- III. Esquema conceptual del Modelo**
- IV. Marco Conceptual.**
- V. Principios Metodológicos**
- VI. Etapas y Componentes**
- VII. Anexo**

SEGUNDA PARTE. GUÍAS METODOLÓGICAS PARA LA EJECUCIÓN DEL MODELO (Página 36)

- I. Introducción.**
- II. Guía Metodológica para el Diagnóstico Situacional.**
- III. Guía Metodológica para la Planeación Participativa.**
- IV. Guía Metodológica para la Organización y Participación Comunitaria.**
- V. Guía Metodológica para la Sensibilización y Capacitación Intercultural.**
- VI. Guía Metodológica para la Información y Comunicación.**
- VII. Guía Metodológica orientada a la Sensibilidad Cultural para la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva.**
- VIII. Guía Metodológica para el Monitoreo y Evaluación**

Primera Parte

El Modelo Intercultural para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas

Primera Parte

El Modelo Intercultural para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas

Contenido

- I. Contexto**
- II. Justificación**
- III. Esquema conceptual del Modelo**
- IV. Marco Conceptual.**
 - 1. El enfoque de derechos humanos en la salud reproductiva de la población indígena.**
 - 2. La equidad de género como proceso para el ejercicio del derecho a la salud reproductiva.**
 - 3. La interculturalidad como estrategia hacia los derechos y la equidad en la atención a la salud reproductiva**
- V. Principios Metodológicos**
 - 1. Integralidad**
 - 2. Reflexión crítica**
 - 3. Aprendizaje significativo**
 - 4. Apropiación**
- VI. Etapas y Componentes**
 - 1. Diseño y planificación de la intervención**
 - 2. Inducción y sensibilización para la participación**
 - 3. Ejecución de estrategias y acciones**
 - 4. Divulgación y sostenibilidad del Modelo**
- VII. Anexos**

I. Contexto

Como parte del Programa de País para el período 2008-2012, el Fondo de Población de las Naciones Unidas impulsaron la ejecución del Proyecto Atención Integral en Salud Reproductiva y Violencia Familiar en Comunidades Indígenas en Municipios de alta Marginación, cofinanciado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), y en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), los Consejos Estatales de Población (COESPOs) y las Secretarías de Salud Estatales.

El propósito fundamental del Proyecto fue fortalecer el desarrollo de estrategias promoviendo la coordinación multisectorial a nivel nacional, estatal y comunitario para mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población indígena, respondiendo así a las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Programas Nacional de Población y de Salud.

Como objetivo general el proyecto se planteó *“contribuir a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva e impulsar una vida libre de violencia a través del fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque intercultural y con perspectiva de género en la población indígena residente en localidades de alta y muy alta marginación”*. Definiéndose para la consecución de este objetivo la participación de diversas instituciones para generar sinergias y actividades interinstitucionales, con la conformación de un Grupo Técnico Central, como instancia encargada de brindar asistencia técnica a los Grupos Técnicos Estatales, para la implementación y ejecución de las actividades del Proyecto.

Los organismos involucrados en la ejecución del Proyecto como socios implementadores fueron:

- Nivel central: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, Secretaría General del Consejo Nacional de Población y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Hidalgo: Consejo Estatal de Población, Secretaría de Salud, Instituto Hidalguense de las Mujeres.
- Chiapas: Secretaría de Pueblos y Culturas Indígenas, Instituto de Salud de Chiapas, Instituto de Medicina Preventiva, Instituto de Población y Ciudades Rurales, Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda e Historia Natural.

En primera instancia el Proyecto se propuso para su ejecución en 3 etapas que permitirían su retroalimentación hasta alcanzar su objetivo final. Así en la primera etapa del proyecto se definieron las estrategias a nivel central, con la articulación y preparación

para la ejecución de las acciones en los niveles estatales, a través de un proceso de planeación participativa en el que participaron todas las instituciones involucradas en el Proyecto. Esta etapa se desarrolló durante el segundo semestre del año 2008, en la cual se definieron las localidades piloto, así como la identificación de sus principales problemas de salud sexual, reproductiva y violencia de género, junto con las necesidades desde la prestación de los servicios y de los principales programas involucrados en este proyecto, además de la organización de los equipos de trabajo requeridos.

Fue en la segunda etapa (2009-2011) cuando se dio la implementación de las actividades para lograr la construcción de un **Modelo de Atención de la Salud Reproductiva** en las localidades seleccionadas de los estados de Chiapas e Hidalgo; con el diseño, elaboración e instrumentación de estrategias a partir de tres ejes transversales: a) el enfoque de derechos; b) la perspectiva de género y c) el concepto de interculturalidad.

Finalmente se tiene previsto que en una tercera etapa, se logre la institucionalización y extensión del Modelo hacia otras localidades que sean consideradas como prioritarias por la Secretaría de Salud, tanto en los estados donde se desarrolló el Proyecto de manera piloto, como en otras regiones del país, para lo cual será de gran utilidad la recuperación del Modelo y elaboración de las Guías Metodológicas para su ejecución, incluidas en este documento.

Las actividades de monitoreo y evaluación propuestas como parte del Proyecto, permitieron la documentación de los procesos vinculados a la ejecución de las estrategias y actividades desarrolladas por los equipos de trabajo en cada uno de los estados, lo que aportó los insumos para la recuperación del Modelo. En este sentido, este documento es el resultado de un esfuerzo colectivo en la ejecución y sistematización de actividades, a partir de lo cual fue posible la recuperación de los principales aprendizajes en el diseño y adecuación de estrategias al contexto, para el cumplimiento del objetivo de recuperación del Modelo, lo que se espera aporte puntos de referencia para otros grupos de trabajo con participación en iniciativas similares.

II. Justificación

La definición de salud reproductiva que ha servido a nivel internacional, de referente para el diseño de políticas y programas de atención, es la que se adoptó en el Programa de Acción de la CIPD de El Cairo en 1994, donde se conceptualizó como “un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.” En tanto que la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas, y servicios que

contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”¹

En consecuencia, la salud reproductiva abarca el derecho a recibir servicios adecuados de atención, durante todo el ciclo de vida, incluyendo la atención de embarazos y los partos y sus complicaciones. Con este enfoque las estrategias desarrolladas en los años posteriores a la conferencia de El Cairo, sin duda han logrado progresos importantes en la situación de salud reproductiva, sin embargo en México como en otros países de América Latina, sigue siendo un reto la atención de las necesidades no satisfechas de salud sexual y reproductiva, en especial el que se refiere al cumplimiento del objetivo de mejorar la salud materna, propuesto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Aún y cuando en México se han desarrollado diversas estrategias que han significado avances valiosos en la atención a la salud reproductiva de comunidades indígenas, estos esfuerzos no han sido suficientes para eliminar las inequidades existentes en la calidad y acceso a los servicios de atención. Las mujeres indígenas todavía presentan una situación de desventaja social respecto de la población no hablante debido a la persistencia de la desigualdad social, la pobreza y las asimetrías de género. En este sentido, la atención de los rezagos en cada uno de los componentes de la salud reproductiva exige su necesaria articulación con estrategias más amplias, mediante una perspectiva que privilegie la integralidad de las acciones desde un enfoque de derechos, de género e intercultural.

En el Sistema de Salud de México, se ha dado un especial énfasis a las políticas y programas orientados a fortalecer la atención a la salud de los pueblos indígenas, proponiéndose en el marco del Programa Nacional de Salud 2007-2012 el desarrollo de servicios de salud “Culturalmente Competentes” y el fortalecimiento de las capacidades para la autogestión de los pueblos indígenas. Reconociéndose la necesidad de mejorar las condiciones de salud de la población indígena, así como la oferta de servicios efectivos seguros y culturalmente sensibles, a través de la incorporación de la interculturalidad como eje transversal en la política de atención a la salud de los pueblos indígenas, con el desarrollo de estrategias para disminuir las barreras culturales y el aumento de la sensibilidad cultural, incorporado en la planeación y oferta de servicios, la adecuación cultural en la operación de los servicios y en el diseño de espacios para la atención de la salud.

Desde esta perspectiva, la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas se sustenta en un nuevo enfoque incorporado en las reformas y modificaciones a la Ley General de Salud en el año 2006; esta nueva perspectiva ha sido determinante en la definición de líneas de acción específicas sobre interculturalidad y medicina tradicional en el Programa Nacional y Programa Sectorial de Salud, donde se ha propuesto:

¹ Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo. El Cairo Egipto 5 a 13 de septiembre 1994.

- Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas.
- Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud para disminuir las barreras culturales del acceso de los servicios.
- Incrementar el conocimiento de las medicinas tradicional y complementarias y promover su utilización segura de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población
- Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación gradual de servicios de medicina tradicional y medicinas complementarias en aquellas unidades de salud en las que exista la demanda de estos servicios.

En este marco, la Secretaría de Salud los últimos años ha impulsado el desarrollo de estrategias, herramientas y mecanismos para impulsar la transformación de los servicios de salud y mejorar el acceso efectivo de la población indígena a la atención médica de calidad, y la participación comunitaria en la planeación y ejecución de los programas de salud, así como la formación de redes sociales y la articulación de la medicina tradicional.

Siendo parte de este esfuerzo, el impulso del proceso para la construcción del “Modelo Intercultural para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas”, a partir de las experiencias de trabajo desarrolladas en las comunidades piloto del Proyecto en Hidalgo y Chiapas, con el compromiso de las diversas instituciones involucradas en su gestión y financiamiento, que encontraron el respaldo de las autoridades estatales y municipales, así como la participación comprometida de las parteras y de los grupos de mujeres, hombres y jóvenes de las localidades donde se desarrollo el Modelo.

III. Esquema conceptual del Modelo

El Modelo Intercultural para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas constituye un proceso de innovación social centrado en el desarrollo de acciones que contribuyen a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva y a la promoción de una vida libre de violencia, a través del fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población indígena residente en localidades de alta marginación y mediante la provisión de servicios de salud culturalmente sensibles.

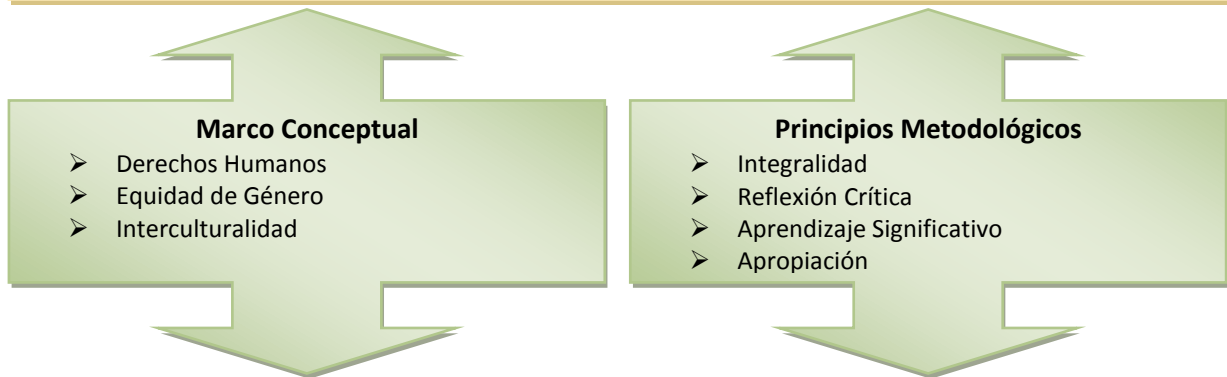
A continuación se presenta el esquema conceptual del Modelo donde se especifican el propósito, objetivos, ejes conceptuales, principios metodológicos y etapas para la ejecución de las estrategias. Todos estos elementos se desarrollan ampliamente en los capítulos IV, V y VI de este documento.

Esquema Conceptual del Modelo

Propósito: Desarrollar estrategias que contribuyan a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva, así como a una vida libre de violencia, a partir del fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población indígena en localidades de alta marginación.

Objetivos:

- Mejorar la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud reproductiva, con la adecuación de prácticas de los prestadores de servicios al contexto sociocultural y el fortalecimiento de la operación de los sistemas locales de salud.
- Reducir la mortalidad materna a través del desarrollo y fortalecimiento de capacidades sociales que contribuyan al empoderamiento de las mujeres para un ejercicio pleno de sus derechos reproductivos.



Etapas del Modelo

1ª. Etapa.

Diseño y planificación

- ✓ Acuerdos y compromisos políticos
- ✓ Análisis de la situación de salud reproductiva en la región
- ✓ Identificación de actores
- ✓ Diseño y planeación del Proyecto.
- ✓ Integración de equipos de operativos
- ✓ Definición de universo de trabajo

2ª. Etapa.

Inducción y Sensibilización

- ✓ Inducción y sensibilización Interna.
- ✓ Inducción y sensibilización de Actores Clave.
- ✓ Inducción y sensibilización de la población en asamblea comunitaria reflexiva.
- ✓ Acta de acuerdos comunitarios

3ª. Etapa.

Ejecución de Estrategias

- ✓ Adecuación de estrategias a escenarios concretos del contexto
- ✓ Interacción dinámica de proveedores de servicios de salud, agentes comunitarios de salud y población usuaria.
- ✓ Definición de estrategias a partir de Componentes del Modelo:

4ª. Etapa.

Divulgación y Sostenibilidad

- ✓ Contribución a la generación de conocimientos
- ✓ Informar avances y resultados a población
- ✓ Apropiación del Modelo
- ✓ Desarrollo de capacidades

Socios Implementadores:

UNFPA - CNEGSR - CONAPO
Hidalgo: COESPO, Secretaría de Salud, Instituto Hidalguense de las Mujeres
Chiapas: Secretaría de Pueblos y Culturas Indígenas, Instituto de Población y Ciudades Rurales, Secretaría de Medio Ambiente e Historia Natural, Instituto de Medicina Preventiva, Secretaría de Salud

Componentes del Modelo

- Diagnóstico Situacional
- Planeación Participativa
- Organización y Participación
- Sensibilización y Capacitación Intercultural
- Información y Comunicación
- Sensibilidad Cultural en los Servicios de Salud Reproductiva
- Monitoreo y Evaluación

Socios Directos:

-Prestadores de Servicios de Salud
 -Autoridades Municipales y Locales
 -Agentes Comunitarios de Promoción
 -Agentes Comunitarios de Atención
 -Redes Comunitarias
 -Grupos Técnicos Interinstitucionales

IV. Marco Conceptual

1. El enfoque de derechos humanos en la salud reproductiva de población indígena.

Si bien desde una perspectiva amplia se reconoce que los seres humanos en sí mismos, son titulares de derechos, en tanto que estos son inherentes a su condición humana, la conceptualización de derechos humanos como concepto universal, se empezó a construir a mediados del siglo XX, con el reconocimiento del individuo como sujeto de derechos internacionales en lo que constituye el primer documento respaldado por las Naciones Unidas (ONU), la Declaración Universal de Derechos Humanos suscrita por la Asamblea General en 1948, donde se reconoció el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, así como la alimentación, el vestido, la vivienda y la atención médica necesarios; así como el derecho a la seguridad social. Fue a partir de este momento cuando en los diferentes tratados internacionales cobró fuerza la idea de la salud como un derecho. Aunque dos años antes ya se había avanzado en la idea de la salud como un derecho fundamental, lográndose en 1946 el reconocimiento del derecho a la salud en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde quedó establecido que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social”.²

Posteriormente en 1966 la Asamblea General de la ONU, aprobó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, donde se reconoce “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” además del derecho a la igualdad entre el hombre y la mujer en cuanto al disfrute de todos los derechos. Mientras que en mayo del 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó una observación general en la que reconoce y consagra al derecho a la salud dentro de los derechos humanos, como un derecho inclusivo, es decir que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud. Comprometiendo a los gobiernos firmantes del Pacto a establecer políticas y planes de acción, para que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad y para desarrollar intervenciones enfocadas a incidir directamente en los determinantes sociales que afectan el estado de salud, reconociéndose la necesidad de acciones positivas a favor de los grupos más vulnerables, como mecanismo para que todas las personas puedan ejercer su derecho a la salud en condiciones de equidad.

² Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006. Constitución de la Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/governance/constitution.pdf>

El desarrollo conceptual relacionado con el derecho a la salud y los derechos humanos, permitió avanzar en la discusión teórica y política de los derechos de las mujeres y con esto se logró también posicionar el tema de los derechos reproductivos. Fue durante la “Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo” de El Cairo en 1994 donde se formulan y se consagran por primera vez.

Sobre la sexualidad humana y las relaciones entre los sexos, en la Conferencia de El Cairo se avanzó proponiendo como objetivo la promoción del desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos. Posteriormente en 1995, la plataforma de Acción de la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing el concepto de derechos sexuales y reproductivos fue ampliado ratificándose los compromisos de la plataforma de El Cairo, desde una visión más centrada en los derechos de la mujer y desde una perspectiva de género.

El concepto de derechos reproductivos se puede considerar como resultado de una serie de propuestas y acuerdos internacionales que han buscado mejorar las condiciones de vida de la mujer, ya que tuvo su origen en iniciativas que buscaban proteger los derechos de las mujeres y promover la equidad de género.

Sin duda el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos ha sido un paso importante e implica que son también universales e inseparables de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, por lo que su ejercicio es esencial para el desarrollo integral del individuo. Desde esta perspectiva garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos requiere de acciones concretas orientadas a asegurar el acceso universal a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva, con fortalecimiento de la autonomía para la toma de decisiones.

La visión de derechos reproductivos y sexuales, como enfoque transversal del Modelo se relaciona directamente con la estrategia de empoderamiento propuesta en la gestión de la experiencia desarrollada en Hidalgo y Chiapas, que se desarrolló como proceso individual y

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo definió:

“Los derechos sexuales y reproductivos se inscriben como parte de los derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de la ONU aprobadas por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

Fuente: Naciones Unidas, Informe de la

colectivo, promoviendo que la población en general y las mujeres en particular se construyeran como sujetos con autonomía para ejercer sus derechos. Lo que implicó para el Modelo, en primera instancia el reconocimiento de sus necesidades, además del desarrollo de capacidades vinculadas al ejercicio individual de derechos, todo ello sobre la base de un principio de autocuidado vinculado a la responsabilidad del Estado para generar las condiciones necesarias para garantizar su pleno ejercicio.

En México, durante la última década se han realizado avances importantes en materia de derechos sexuales y reproductivos, los mismos que constan en diferentes cuerpos legales como: la constitución, códigos, leyes, etc. y ha ratificado los acuerdos internacionales que se han relacionado con el tema; sin embargo, los ajustes que la sociedad en su conjunto debió realizar para poner en práctica lo escrito en los preceptos legales, se han efectuado de una manera dispar, particularmente en los contextos indígenas, de ahí, que el enfoque de derechos sea un referente en central para la ejecución del Modelo.

Los derechos de los pueblos indígenas han sido olvidados durante siglos, producto de políticas discriminatorias, de exclusión y asimilación, por lo que uno de los retos más importantes en el tema de derechos humanos es lograr la equidad en las políticas públicas para asegurar que la población indígena acceda plenamente al ejercicio de sus derechos. A nivel internacional en la última década se ha avanzado en el reconocimiento formal de los derechos de los pueblos y mujeres indígenas, lo que ha quedado plasmado en diversos acuerdos internacionales, como el Convenio 169 de la OIT en 1989, las declaraciones de las Cumbres y Encuentros Continentales Indígenas y otros foros realizados en el marco del Primero y Segundo Decenio de los Pueblos Indígenas, establecidos como resoluciones de la Asamblea General de la ONU en 1993 y 2005, respectivamente.

Ahora bien sin duda el instrumento normativo más importante por su trascendencia es la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas aprobada por la Asamblea General el 13 de Septiembre de 2007 después de veinte años de su discusión. La Declaración reviste gran importancia ya que logró integrar

Entre los años 1994 al 2004 en el marco del Decenio de los Pueblos Indígenas la OMS definió cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas:

- **Enfoque holístico de la salud**
- **Derecho a la autodeterminación**
- **Derecho a la participación sistemática**
- **Respeto y revitalización de la cultura indígena**
- **Reciprocidad en las relaciones**

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas Informe de Progreso Junio, 1998. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Washington, D.C.

En el Segundo Decenio se propuso continuar fortaleciendo la cooperación internacional para la solución de los problemas a que se enfrentan los pueblos indígenas en esferas tales como la cultura, la educación la salud los derechos humanos el medio ambiente y el desarrollo social y económico, por medio de programas orientados a la acción y proyectos específicos, una mayor asistencia técnica y las actividades normativas pertinentes.

Fuente: Programa de acción para el Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo

las principales preocupaciones de los pueblos indígenas del mundo y plantea los lineamientos y acciones que deben impulsarse para la protección de los derechos humanos de los indígenas, estableciendo que los pueblos indígenas deben estar libres de toda discriminación, además de su derecho a la autodeterminación y al disfrute de las libertades fundamentales, así como el derecho a participar en la vida política, económica y social.

En el tema del derecho a la salud, la OMS ha establecido diversas resoluciones para avanzar en una mejor situación de salud de los pueblos indígenas, como las surgidas de la Reunión sobre Pueblos Indígenas y Salud celebrada en Canadá en 1993 y la Declaración de Ginebra sobre la Salud y la Supervivencia de los Pueblos Indígenas, aprobada en 1999, en la que se reconoce que la salud y el bienestar de los pueblos indígenas se ven afectados por factores ajenos a la propia esfera de la salud, como son los elementos sociales, económicos, ambientales y culturales.

En el caso de México, si bien ha suscrito los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos, y en 1990 ratificó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas, trasladar del ámbito internacional a un marco normativo nacional la incorporación de los derechos no ha sido fácil, ni se ha dado de manera inmediata, lo que se deriva por un lado de la falta de adecuación de la legislación ligada a la visión de los responsables de legislar, y por el otro el hecho de que el cumplimiento de convenios y tratados internacionales en el caso de derechos humanos es más un tema de voluntad política. De ahí la relevancia del hecho que en junio del 2011 el Congreso haya aprobado varias modificaciones, a partir de las cuales por primera vez se reconocen expresamente los derechos humanos en la Constitución, este reconocimiento propició un nuevo impulso a la exigencia para respetar los tratados de derechos humanos internacionales de los que México es firmante.

Así mismo, el reconocimiento constitucional a los pueblos indígenas como parte de una nación pluriétnica, se ha dado en la historia reciente del país, fue en 1992 cuando se introdujo por primera vez en la Constitución una

Los Derechos de los Pueblos Indígenas y su relación con la Salud.

- **Derecho de no discriminación en el acceso y la atención en salud.**
- **Derecho al desarrollo y bienestar social, que reconoce el derecho de las personas y comunidades indígenas a gozar del nivel más alto de salud física y mental, mediante el acceso oportuno y eficiente a atención de salud de calidad y pertinente en términos culturales.**
- **Derecho a la integridad cultural, que involucra el reconocimiento que los pueblos indígenas tienen sus propios conceptos del proceso de salud-enfermedad-curación y que, en virtud de ello, tienen derecho a usar, fortalecer, desarrollar y controlar sus propios sistemas médicos.**
- **Derecho de propiedad, uso, control y acceso a la tierra, territorios y recursos, que en el ámbito de la salud se relaciona con la conservación de las plantas, animales y minerales de uso terapéutico y la protección de los territorios en que esos recursos se localizan.**
- **Derecho de participación política en el diseño, gestión y control social de las políticas y programas de salud.**

Fuente: Naciones Unidas, Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, adoptada por la Asamblea General mediante la Resolución 61/295, el 13 de septiembre de 2007.

referencia a los indígenas, con el reconocimiento de que México es una nación pluricultural; pero esa reforma no representó en la práctica ninguna acción social ni legislativa; posteriormente en el 2001 después de una amplia discusión se dio una reforma constitucional que incorporó los derechos de los pueblos indígenas. Mientras que en el 2003 el Congreso aprobó la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas y se creó la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, que vino a sustituir al Instituto Nacional Indigenista, como instancia responsable de orientar, coordinar, promover y apoyar el diseño y ejecución de programas, proyectos, estrategias y acciones para el desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas.

Si bien no pueden soslayarse los distintos esfuerzos impulsados por los gobiernos, tanto del nivel federal como los gobiernos locales en las entidades federativas por avanzar en el desarrollo de los pueblos indígenas, es innegable que los grupos de población indígena presentan un rezago histórico en relación con la calidad de vida de los habitantes del resto del país; rezago ante el que la población indígena ha desarrollado mecanismos de supervivencia que han sido forjados por las aptitudes culturales, lingüísticas, organizacionales y de liderazgo, junto con la adherencia a un carácter distintivo de la comunidad basado en la reciprocidad.

Así, las condiciones de salud imperantes de estos pueblos han estado determinadas por un proceso histórico de dependencia, pérdida de identidad y marginación, razones que explican que estas poblaciones tengan una expectativa de vida más corta que otras de la sociedad nacional, así como mayores tasas de mortalidad y morbilidad. Por otra parte, la carencia de instalaciones, recursos humanos capacitados y sensibles, así como el material y equipo necesario, son parte de las condiciones de marginalidad y vulnerabilidad que a su vez tienen relación con la condición de género y la etnicidad.

En conclusión, un principio central del enfoque de derechos como eje transversal en el **Modelo para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas** implica entender la salud como un derecho y no como la mera ausencia de enfermedad. Y esta sola definición implica promover cambios de concepción y prácticas, en todos los actores involucrados en la ejecución de las estrategias propuestas, tanto en el personal institucional como en cada uno de los miembros de la comunidad, y desde el ámbito individual como colectivo. El reto de incorporar el enfoque de derechos en el Modelo desarrollado fue sin duda el de asegurar una verdadera equidad y accesibilidad de los servicios desde una perspectiva intercultural y de género, para lo que se definió la construcción de estrategias como iniciativas en el marco de la teoría de innovación social.

Este enfoque de trabajo implicó el impulso de procesos para la innovación conceptual respecto a la problemática de salud reproductiva en las comunidades indígenas y su atención, relacionadas con la definición colectiva de la forma de atender las necesidades y problemas de salud reproductiva de la población indígena. Proceso vinculado a la construcción de capacidad para llevar a la práctica las estrategias propuestas en el ámbito comunitario e institucional. Estos procesos y las estrategias desarrolladas se presentan para su consulta en los apartados específicos de las Guías Metodológicas.

2. La equidad de género como proceso educativo para el ejercicio del derecho a la salud reproductiva.

El **Modelo para la Atención de la Salud Reproductiva** desarrollado en las comunidades indígenas de Chiapas e Hidalgo, incorporó la perspectiva de género como otro de sus enfoques transversales con el objetivo de avanzar en el empoderamiento de las mujeres para el ejercicio de sus derechos reproductivos y reducir las inequidades existentes en el tema de atención a la salud.

La noción de equidad en salud, se vincula con la visión de la salud como derecho humano fundamental, siendo responsabilidad de los Estados proteger, promover y garantizar la equidad de género. Adicionalmente, en el tema de derechos humanos el principio de igualdad y no discriminación, incorpora el principio de relevancia, que considera justificada la adopción de medidas de acción afirmativa, encaminadas a eliminar las disparidades existentes entre grupos determinados de población. En el caso de la equidad de género implica considerar las diferencias y desventajas que afectan a las mujeres, que contribuyen a generar daños y riesgos específicos. La desigualdad entre mujeres y hombres tiene sus orígenes en patrones socioculturales construidos históricamente a partir de la definición de roles diferenciados y una posición de poder de los hombres frente a las mujeres, que se sustenta en el valor social que se asigna a cada uno de los papeles que desempeñan hombres y mujeres, por lo que las mujeres han sido limitadas para la toma de decisiones fundamentales para su vida.

El concepto de equidad de género se relaciona con la noción de las mujeres como sujetos de derecho, sin embargo para lograr el reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos fue necesaria una amplia lucha social y un largo proceso colectivo de análisis, discusiones y aprendizajes. En el contexto internacional la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que fue aprobada por la Asamblea general de la ONU el 18 de diciembre de 1979 constituye el principal instrumento jurídico relativo a los derechos de las mujeres como derechos humanos. Donde se definió la discriminación contra la mujer como “toda distinción, exclusión y restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”³

Otro elemento fundamental fue que en esta misma Convención se amplió la interpretación de los derechos humanos al reconocer el papel de la cultura y la tradición en la construcción de una situación de subordinación y subvaloración para las mujeres, sus roles y estatus, lo que las coloca en una posición de discriminación. Este

³ Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. 1979

reconocimiento, resultó crucial al proyectar las discriminaciones como una problemática en el tema de derechos humanos y equidad desde una perspectiva de género.

Otro evento importante en el tema de derechos humanos para las mujeres fue la Segunda Conferencia Internacional de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993, donde se reconoce que “los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”, mencionándose además como objetivo prioritario la necesidad de lograr la plena participación de la mujer en la vida política, social, económica y cultural en condiciones de igualdad, en los ámbitos nacionales, regionales e internacionales.⁴

De igual manera en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, se insta a los países a promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluidas la eliminación de todas las formas de discriminación de la niña y la promoción de la participación masculina en los ámbitos de la familia, y la salud sexual y reproductiva. Añadiéndose, que la equidad de género apunta a “sustituir las relaciones tradicionales de dominación masculina por otras de cooperación entre hombres y mujeres en todos los ámbitos...”, mientras que el empoderamiento alude tanto a “la creciente participación de las mujeres en todas las esferas de la vida social como al fortalecimiento de sus organizaciones para luchar de manera concertada dentro del sistema político en favor de una efectiva igualdad de derechos y de oportunidades”⁵

Un año después de la Conferencia de El Cairo, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing, se definió que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de

⁴Naciones Unidas. Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. 1993

⁵ Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo. El Cairo Egipto 5 a 13 de septiembre 1994.

Las inequidades de género en salud están concentradas en tres tipos de desajustes:

1. Desajustes entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar de salud. En parte debido a su función reproductiva, las mujeres enfrentan un conjunto de riesgos de salud diferenciados de los hombres. El menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos significa que las mujeres poseen menos oportunidades de gozar de una buena salud.

2. Desajustes entre las necesidades de salud y acceso a los recursos. Nuevamente, en gran parte debido a su función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante, tienen menos oportunidades de acceder a los recursos materiales que les permitan obtener los servicios necesarios.

3. Desajustes entre las responsabilidades y el poder en el trabajo de salud. Las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con y sin remuneración, no obstante, al estar concentradas en los niveles inferiores de las jerarquías en la fuerza laboral de salud, y al no reconocerse y no valorarse el trabajo no remunerado que desarrollan, tienen menor capacidad de influencias la política de salud y toma de decisiones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer Salud y Desarrollo. Hoja Informativa. “Equidad de Género en Salud”www.paho.org/sapnish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf

coerción, discriminación y violencia”⁶ Posteriormente en la Cumbre del Milenio, define entre sus objetivos, el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres.

La inequidad de género en el contexto de la salud, alude a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles en el estado de salud y la atención, entre hombres y mujeres; en tanto que el concepto de equidad de género en salud significa que hombres y mujeres se encuentren en iguales condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos. Consecuentemente, la equidad en la atención de salud significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, los servicios sean recibidos de acuerdo con las condiciones individuales y colectivas y la contribución al financiamiento de los mismos sea de acuerdo con la capacidad económica.

La búsqueda de la equidad se desataca como un valor primordial para la OPS y la OMS, definiéndola como “el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos”. En tanto que, específicamente en el tema de equidad de género los dos organismos, lo han destacado como un eje fundamental en la definición de políticas públicas, mencionado que “las políticas que no consideren las desigualdades de género terminarán siendo limitantes, produciendo, perpetuando o exacerbando las desigualdades, es desmedro de la salud de la sociedad y de las generaciones futuras”⁷

El marco normativo existente a nivel internacional para promover la equidad de género al igual que el avance teórico en el tema de género, igualdad y equidad, han permitido importantes avances en el diseño de políticas y estrategias encaminadas a la modificación profunda de las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, sin embargo, a pesar de los avances aún no se ha logrado construir una sociedad en la que las mujeres puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones que los hombres.

⁶ Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995

⁷ Braveman, Paula. Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and middle-Income Countries. Geneva. WHO-Organización Mundial de la Salud. 1998

¿Por qué es necesaria la perspectiva de género para lograr la equidad en salud?

Esta perspectiva ayuda a reconocer el impacto del género en:

- **El estado y determinantes de salud para hombres y mujeres.**
- **Los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud.**
- **El impacto de las políticas y programas de salud.**
- **La distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud**

Fuente: OPS. Equidad de Género en Salud. Hoja Informativa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Aspectos centrales del empoderamiento:

- **Es un proceso, más que una condición final.**
- **No puede otorgarse, sino que tiene que ser autogenerado.**
- **Es multidimensional, ya que comprende diferentes dimensiones**
- **Funciona en diferentes escalas: personal, la interpersonal, la colectiva, la local y la global.**
- **La medición del empoderamiento exige herramientas que sean sensibles a las percepciones de las propias personas y a los significados del empoderamiento en diferentes contextos.**

Fuente: UNFPA. Igualdad y Equidad de Género: Aproximación Teórica Conceptual. Vol. I 2006

Como una estrategia para avanzar en la meta de la equidad de género, el empoderamiento se plantea como vía de transformación de la posición de las mujeres y llevar a la práctica el ejercicio de los derechos y alcanzar la igualdad, es este sentido el empoderamiento se entiende como “un proceso de habilitación para la construcción de sujetos mujeres conscientes de sus capacidades para actuar sobre la realidad, conscientes de sus deberes y derechos, capaces de decidir sobre sus vidas” Naila Kabeer ha definido el empoderamiento como “la expansión en la habilidad de las personas para hacer elecciones de vida estratégicas en un contexto donde esta habilidad estaba previamente negada a ellas” Señala además, que los procesos de empoderamiento se dan en el contexto de sociedades y culturas, por lo que necesariamente están mediatizados por las significaciones culturales presentes en esos contextos.⁸

En este sentido, el **Modelo para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas** que se presenta en este documento, se enfoca a la toma de conciencia de los diferentes actores involucrados respecto a la relación de que guardan los determinantes de género con la salud; así como al desarrollo de capacidades individuales y colectivas, para la toma de decisiones sobre su propia salud reproductiva. Esto es, el empoderamiento de las mujeres en el ámbito del Modelo, implica un proceso a través del cual ellas desarrollan la capacidad de controlar y decidir sobre su vida reproductiva, adquieren actitudes y prácticas de auto-cuidado y aprenden a demandar atención cuando lo requieren, como ejercicio de sus derechos reproductivos. Como estrategias específicas el Modelo se incluyen la sensibilización y formación en temas de género del personal institucional responsable de su gestión, así como al personal comunitario de salud, autoridades municipales, hombres, mujeres y jóvenes de las comunidades atendidas.

3. La interculturalidad como estrategia hacia los derechos y la equidad en la atención a la salud reproductiva.

En el tema de derechos humanos uno de los principales retos a nivel internacional y nacional es el respeto de los derechos de los pueblos indígenas, para lo que se ha planteado la necesidad de generar políticas públicas y estrategias que conduzcan a la práctica efectiva del reconocimiento y ejercicio de los derechos de la población indígena. Históricamente a los pueblos indígenas les ha sido negado el pleno reconocimiento de sus derechos, han sido discriminados desde una visión de superioridad de la cultura occidental, basada en estereotipos que han servido para perpetuar privilegios, condiciones de explotación y violación permanente de los derechos humanos de los indígenas y otros grupos vulnerables.

⁸ Fritz H., Heidi. 2003. “El Empoderamiento como categoría analítica: una discusión a partir del modelo de Naila Kabeer”. En Martínez, B. y Díaz, R. (coord.) Mujeres rurales, género, trabajo y transformaciones sociales. Colegio de Posgraduados, Puebla, México

En el contexto internacional ha cobrado gran relevancia en el diseño de políticas encaminadas a fortalecer los derechos de los pueblos indígenas, la perspectiva intercultural como concepto que abre la posibilidad de construir nuevas formas de relación social. El concepto de “interculturalidad” de acuerdo algunos autores, surge en América Latina en la década de los 70, dentro del contexto de educación indígena; específicamente se atribuye a dos lingüistas antropólogos venezolanos, Mosonyi y González, la utilización del término para describir sus experiencia con los indígenas ashuacos de la región de Río Negro en Venezuela. En el campo de la salud la incorporación del enfoque de interculturalidad, se da a partir del reconocimiento de la existencia de elementos culturales asociados a la salud y de la aceptación de la existencia de otro sistema de atención a la salud entre los pueblos indios que forma parte de su cultura y cosmovisión.

Cada grupo indígena tiene sus propias creencias y prácticas referidas a la salud, así como sus propios recursos terapéuticos, que forman parte de su percepción de las enfermedades. Aunque existen diferencias tanto en el origen, historia, cosmovisión y evolución de los sistemas médicos tradicionales indígenas, en términos generales la salud y la enfermedad para los pueblos indígenas, son entendidas como parte de un proceso, resultado de la relación de las personas con su entorno, donde la salud se concibe como el equilibrio entre fuerzas naturales y espirituales, entre los individuos y las comunidades; en tanto que la enfermedad es una alteración de dicho equilibrio.

El enfoque de derechos en el contexto de la salud y el reconocimiento de la diversidad cultural, se ve reflejado en el Convenio 169 de la OIT al plantear “la obligación de los Estados a extender progresivamente la seguridad social a los pueblos indígenas y la responsabilidad de que los servicios de salud sean adecuados y tomen en cuenta las medicinas tradicionales”⁹ En tanto que la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la Organización Panamericana de la Salud, establece un conjunto de principios para el trabajo con las comunidades indígenas:

- a) El abordaje integral de la salud
- b) La autodeterminación de los pueblos indígenas
- c) La participación sistemática
- d) El respeto y la revitalización de las culturas indígenas
- e) La reciprocidad en las relaciones

Estos principios implican la obligación de los Estados para impulsar políticas y programas para la atención a la salud centrados en las personas, con pleno reconocimiento de sus derechos, adquiriendo relevancia el enfoque de interculturalidad, como enfoque para superar la inequidad y exclusión de las poblaciones indígenas.

⁹ Castañeda A. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos. IIDH/ASDI/OPS.2006

La interculturalidad se entiende como un proceso dinámico y permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad, que se construye entre personas y grupos con conocimientos y prácticas culturalmente distintas. El concepto de interculturalidad representa una relación de intercambio, donde cada una de las partes involucradas desarrolla un proceso de aprendizaje, análisis y comparación conceptual de elementos hasta ese momento inexistentes, que se hace posible a partir del intercambio conocimientos en una relación de negociación, reconocimiento, respeto y comprensión de las diferencias culturales. En este proceso se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos y se valora la diversidad como riqueza potencial.

Ana María Oyarce y Jaime Ibacache han definido la interculturalidad en salud como la “capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional”¹⁰ Esta concepción, nos habla de un proceso que pasa de lo individual a lo colectivo, en una relación igualitaria y de intercambio, esto es un “concepto dinámico de relaciones”

Aunque existen muchas aproximaciones conceptuales al enfoque de interculturalidad, en el Modelo, en tanto su ejecución se visualiza como Modelo Pedagógico, retomamos el enfoque conceptual que hace Catherine Walsh, quien define la interculturalidad como:

“Un contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos, en condiciones de igualdad. Tal contacto e intercambio no deben ser pensados simplemente en términos étnicos sino a partir de la relación, comunicación y aprendizaje permanentes entre personas, grupos, conocimientos, valores, tradiciones, lógicas y racionalidades distintas orientados a generar respeto mutuo y un desarrollo pleno de las capacidades de los

¹⁰ Oyarce, A. Ibacache J y Neira J. 1996. Reflexiones para una Política Intercultural en Salud. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Puerto Saavedra, 4 al 8 de Noviembre de 1996

Aspectos básicos para trabajar con enfoque intercultural:

- Invertir tiempo en conocer la cultura del grupo con el que se trabaja.
- Escuchar lo que tenga que decir la comunidad.
- Demostrar respeto.
- Evitar emitir juicios de valor.
- Encontrar un terreno común.
- Acentuar los aspectos positivos.
- Dar cumplimiento a compromisos.
- Fomentar la capacidad de la comunidad

El enfoque con sensibilidad cultural:

Evita las generalizaciones superficiales acerca de las personas y sus culturas.

No da cabida a hipótesis preconcebidas acerca de las intenciones, las prioridades y las capacidades de las personas.

Se toma el tiempo necesario para aprender acerca de las personas, adaptarse a ellas y basarse en ellas.

Reconoce que, dentro de un mismo ámbito cultural, distintas personas pueden tener diferentes valores y objetivos. Procura adquirir un sólido conocimiento local, un conocimiento profundo, y ubicar las relaciones que puedan proporcionar las bases para el diálogo y el cambio mutuo.

Proporciona una plataforma para la reflexión crítica acerca de las culturas y la manera como estas influyen sobre los procesos de desarrollo.

Fuente: UNFPA. Estado de la Población Mundial 2008. Ámbitos de convergencia: cultura, género y derechos humanos.

individuos y colectivos, por encima de sus diferencias culturales y sociales”¹¹

La interculturalidad en este sentido es vista como un “proceso de intercambio que a través de mediaciones sociales, políticas y comunicativas permiten construir encuentro, diálogo, articulación y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas, lógicas y racionalidades distintas. La interculturalidad en salud implica entonces “diálogo de saberes, interacción, complementariedad de dos o más culturas sanitarias, entre los diferentes conocimientos, espacios de comunicación y acción dinámica”.¹²

La interculturalidad en salud propone también la participación activa de los diferentes actores sociales, en un proceso que busca y promueve el respeto, la escucha y la comprensión del otro, como sujetos de derechos en un contexto compartido. Para el sector salud la interculturalidad revista gran importancia como estrategia transversal que puede facilitar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias culturales de los sistemas médicos existentes en las comunidades indígenas, entre el personal de salud con lo que se logre avanzar en la construcción de relaciones de confianza entre ambos sistemas, por lo que el desarrollo de Modelos en salud con enfoque intercultural constituye una prioridad para mejorar la calidad de los servicios de salud y el acceso de la población indígena a los diferentes niveles de atención.

En el contexto la política pública para responder a esta prioridad, sin duda se han tenido avances sustanciales en nuestro país, en el 2002 se crea la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, de la Secretaría de Salud, como entidad responsable de la incorporación del enfoque intercultural en el marco normativo, la operación de los programas de salud y la capacitación del personal directivo y operativo, para el desarrollo de competencias interculturales. La dirección ha generado diversos

En México el Modelo Intercultural que impulsa la Secretaría de Salud, parte de las siguientes premisas:

- **Respeto a la diversidad y la singularidad y con ello a los derechos humanos y de género**
- **Todos los grupos humanos, son grupos culturales con identidad propia.**
- **Las sociedades humanas construyen su cultura y junto con ella diferentes elementos que le son propios como su medicina, patrimonio común de la humanidad.**
- **No existen culturas mejores que otras, cada cultura desarrolla en la interacción histórica y cotidiana de sus miembros con su contexto, los diferentes elementos y estrategias para su desarrollo y supervivencia**
- **Las sociedades nacionales, deberán velar, preservar y acompañar el desarrollo de las sociedades y grupos vulnerables, como sustento de su riqueza e identidad cultural.**

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Interculturalidad en Salud. www.dgplades.salud.gob.mx

¹¹ Walsh, C. Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación. Lima Perú, Septiembre 2000. www.ibcperu.org/doc/isis.pdf

¹² Ministerio Coordinador de Patrimonio del Ecuador. Lineamientos para la construcción de políticas interculturales. Memoria de los seminarios de gestión local intercultural. Quito, Ecuador 2009

documentos que contienen normas, procedimientos y herramientas metodológicas para la promoción intercultural de la salud, la gestión de sistemas complementarios de atención a la salud y el desarrollo de competencias interculturales para el personal de salud, lo que sin duda representa un referente importante en el desarrollo de Modelos para la Atención de la Salud Reproductiva en las comunidades indígenas, como el generado a partir de la experiencia en Chiapas e Hidalgo.

Adoptar un enfoque intercultural en el Modelo que aquí se presenta, implica el desarrollo de competencias culturales y la articulación con los recursos de la medicina tradicional para la atención de la salud reproductiva de mujeres y hombres, jóvenes y adultos; con lo que se busca limitar las barreras culturales que dificultan y limitan el acceso a los servicios de salud. La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad y todos los procesos de interacción entre los individuos y su ambiente, cambia de una cultura a otra; por eso, para comunicarnos con personas de otras culturas, es necesario establecer puentes y acuerdos comunes. En el caso de los servicios médicos, el encuentro con la población, no siempre se genera desde el diálogo ya que desde las representaciones sociales, el médico es una figura que ejerce poder sobre los usuarios. Se ha documentado ampliamente entre los factores que constituyen barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva en las comunidades indígenas, el rechazo que sienten las mujeres cuando asisten a algún centro de atención, en algunos estudios se ha identificado que encuentran la actitud del personal hostil, además de que se sienten temerosas o avergonzadas ante algunos procedimientos médicos, especialmente a las revisiones ginecológicas.

Esta situación que experimentan las mujeres indígenas, es reflejo de las inequidades de género presentes en el ámbito de la atención a la salud, que refieren la necesidad de construir servicios de salud culturalmente sensibles, es decir que consideren que las culturas son los contextos donde se desarrollan las acciones propuestas por políticas para promover los derechos humanos y la equidad.

En este contexto cobra relevancia la planeación de los servicios de salud con elementos interculturales, para

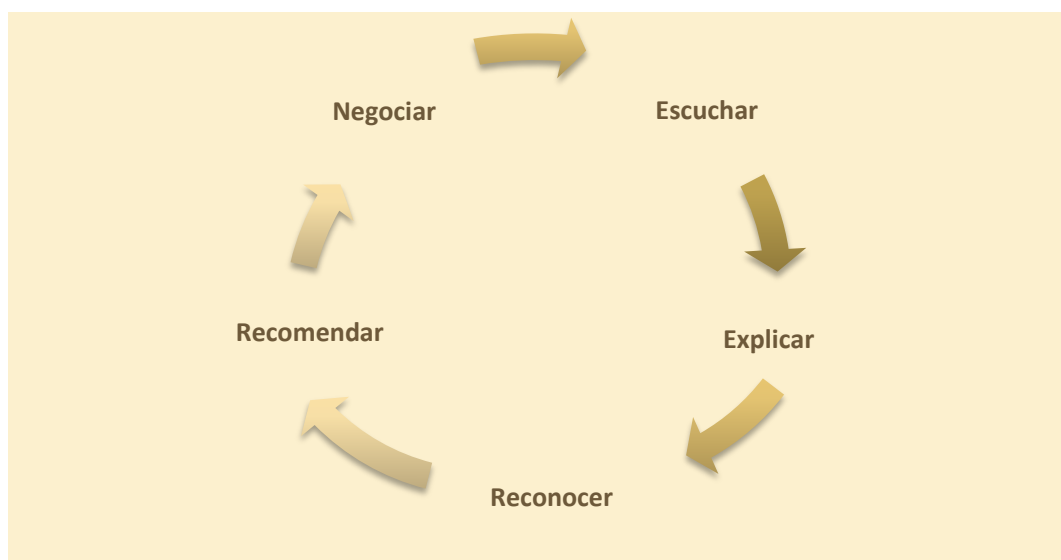
¿Qué significa trabajar en salud desde un enfoque intercultural?

- **Respetar las creencias y prácticas de la población**
- **Conocer los elementos básicos de la cultura, medicina y lengua de la población, para lograr empatía.**
- **Estar dispuestos a aprender de su cultura, abandonando posturas de superioridad y la creencia de poseer verdades absolutas.**
- **Promover la participación de la población, fomentando la corresponsabilidad en las acciones de salud comunitaria**

impulsar su transformación y mejorar la calidad de la atención y el acceso efectivo de la población a la atención médica; por lo que la generación de espacios para la participación de los actores comunitarios vinculados al proceso salud-enfermedad, dentro del sistema del primer nivel de atención, es una de las estrategias fundamentales del enfoque intercultural en el Modelo, planeada para promover una mejor comunicación con las mujeres, sus familias y parteras. Esta interacción y diálogo horizontal permite lograr el reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como una conciencia de la interdependencia, además de que se fortalece la identidad y la autoestima.

Podría de esa forma, afirmarse que la construcción del Modelo para la Atención de la Salud Reproductiva desde un enfoque intercultural, se logra con la participación decidida de los actores sociales de las comunidades y de las instituciones involucradas en las acciones, con la incorporación de ajustes necesarios a la red de servicios de salud, que implican la generación de nuevos protocolos de atención que estén en sintonía con el mejoramiento de las prácticas comunitarias de atención y una visión de cuidado de la salud.

La comunicación intercultural se facilita a través de un proceso compuesto de cinco elementos:¹³



¹³ Alarcón, A.; Vidal, A.; Neira, J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile v.131 n.9 Santiago Sep. 2003. www.scielo.cl/scielo.php

Entendemos por Interculturalidad, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

La interculturalidad entendida como un proceso de interacción entre personas se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural
- Relaciones equitativas
- Respeto a las diferencias
- Enriquecimiento mutuo.

Estos principios permiten fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias, incluidas las de género, y generar en las personas, una conciencia de la interdependencia para el beneficio y desarrollo común.

La propuesta de Política de Interculturalidad, contiene a su vez 4 proyectos articulados:

1. El enfoque Intercultural en los Programas de Salud
 - El enfoque Intercultural en la capacitación del personal Directivo y en operación
 - El enfoque Intercultural para estudiantes de ciencias de la Salud
2. Reconocer, modular y fortalecer la Medicina Tradicional Mexicana
3. Sistemas Complementarios de Atención a la Salud
4. Política de Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas

Para promover sinergias se deberá promover la coordinación Sectorial, Intersectorial y civil con organismos gubernamentales y no gubernamentales que lleven a cabo acciones de salud en los diferentes ámbitos multiculturales y en regiones indígenas, a fin de buscar la alineación de programas nacionales, estatales con programas y recursos municipales. Asimismo, como elemento de cohesión e institucionalización de los procesos interculturales a implantar, los Servicios Estatales de Salud podrán constituirse como una organización con Personal Directivo y Operativo "Culturalmente Competente" debiendo impulsar actividades a este fin. Podrán contar con la asesoría de las áreas competentes, de otros servicios estatales o de la DGPLADES.

Además, la ley General de Salud, determina la necesidad de acreditar a los establecimientos que pretendan ingresar a la red de prestadores que atenderán a los beneficiarios de los "Servicios de Salud Culturalmente Competentes".

Como elemento rector, al proceso de acreditación de unidades de salud se incorporaron 4 criterios alineados a la intelectualidad: 1) presencia de traductor, 2) promoción de los programas de salud en idioma local, 3) que el personal demuestre Competencia Cultural y respeto a la decisión de las mujeres respecto al parto.

Fuente: Secretaría de Salud, México

V. Principios Metodológicos del Modelo.

La ejecución del Modelo se enmarca en un proceso pedagógico que significó la articulación de los enfoques conceptuales, que sirvieron como marco de referencia teórica, con la práctica institucional de los servicios de salud y la realidad de los diferentes actores involucrados en la ejecución de cada una de las líneas de acción. En este sentido, los principios metodológicos que orientan la lógica del Modelo como proceso formativo integral que busca el desarrollo de capacidades para analizar, comprender, actuar e incidir en la salud reproductiva de la población indígena, son: integralidad, reflexión crítica, aprendizaje significativo y apropiación.

1. Integralidad

El principio de integralidad implica por un lado la interacción de las diferentes instancias comprometidas en la planeación y ejecución colectiva del Modelo para lo que se plantea la formación de Grupos Técnicos. El primero a nivel Central que funciona como órgano responsable de brindar asistencia técnica a los Grupos Técnicos Estatales, donde participan representantes de las instituciones involucradas en la implementación del Modelo. Por otro lado implica el acceso a todos los servicios de salud reproductiva que la población requiera sin fragmentar la atención y teniendo en cuenta sus necesidades específicas según su ciclo vital, sexo y contexto sociocultural.

Aspectos clave del Modelo para lograr la integralidad:

- Abogacía y diálogo político con las instituciones responsables, a nivel estatal y nacional. Mediante la retroalimentación continua de los avances, la promoción de reuniones de análisis y monitoreo con los titulares de las instancias estatales participantes y el establecimiento de acuerdos para fortalecer la vinculación intersectorial.
- Apoyo técnico de los Grupos Técnicos a los equipos de trabajo para el desarrollo de las estrategias y actividades propuestas en las diferentes etapas del Modelo; incluyendo la asesoría y seguimiento de las prácticas relacionadas con la administración de los recursos financieros y la asistencia técnica para el desarrollo de documentos, informes y reportes de actividades.
- Cooperación horizontal entre las entidades federativas. Referida a la acción conjunta para incidir en el logro de objetivos, para lo que se debe promover la generación de espacios colegiados para la toma de decisiones con la participación de los Grupos Técnicos Estatales y el Central, además de las reuniones ordinarias del Grupo Técnico Central mediante las cuales se analizan los avances, se retroalimenta la planeación y se comparten las experiencias con el fin de

enriquecer el desarrollo de los programas de acción de cada uno de los grupos de trabajo.

- El principio de integralidad en el Modelo, demanda también la coordinación de los diferentes niveles de gobierno, federal, estatal y municipal, para lograr un accionar coherente y sistemático, que propicie la sostenibilidad de los procesos. Para lo que se impulsará el fortalecimiento organizativo para la toma de decisiones de los Grupos Técnicos Estatales y la concertación entre actores y sectores con incidencia en la atención a la salud reproductiva, con la participación de autoridades municipales, parteras, maestros y redes sociales, determinantes en el logro de objetivos y para el fortalecimiento de capacidades locales.
- Cabe resaltar, que más allá del diseño formal del funcionamiento de los Grupos Técnicos Estatales, el proceso de planificación conjunta y la estrategia educativa para la sensibilización y capacitación de representantes institucionales, directivos y autoridades locales, desencadena procesos regionales en los que los diferentes actores sociales generaran relaciones de confianza y respeto mutuo, lo que permite acuerdos y convergencias para una gestión basada en el logro de objetivos desde una visión común, tomando como punto de partida la lectura específica de la problemática acorde con la acción institucional de cada uno de los actores, donde cada representante institucional se convierte en un sensibilizador al interior de su propia dependencia, tanto hacia otros compañeros como hacia los cuadros directivos, a quienes se debe mantener siempre informados y sensibilizados de los avances, dificultades y replanteamientos de las acciones.
- El principio de integralidad en el Modelo, implica también colocar a la persona en el centro, como protagonista de su propia salud sexual y reproductiva y reconocer la salud como un derecho humano básico. Trabajar desde la integralidad requiere que las mujeres y hombres, sean considerados en sus múltiples dimensiones en tanto sujetos psíquicos, sociales y culturales, para lo que en el Modelo se desarrollan estrategias para la identificación y atención de necesidades específicas de los grupos de población, mujeres, hombres, jóvenes, a través de reuniones, talleres, encuentros, como parte de los procesos de planeación y ejecución de acciones preventivas y de atención a nivel individual y colectivo. Es a partir de la identificación de necesidades como son definidas de manera colectiva, las estrategias y acciones específicas a desarrollar para el cumplimiento del propósito general del Modelo.

2. Reflexión crítica

El proceso de innovación social que representa el desarrollo del Modelo, significa la construcción de estrategias a partir de la reflexión dialógica de los diferentes actores involucrados en el proceso, tanto a nivel institucional como comunitario, lo que implica en primera instancia la discusión activa referida a la jerarquía de los objetivos inicialmente propuestos, así como las estrategias y acciones a desarrollar en relación con el contexto y necesidades de la población. Desde este enfoque el Modelo comprende ejercicios de reflexión permanentes a partir de reuniones, sesiones de trabajo y talleres, para la discusión de la problemática a atender, la ejecución de acciones y sus resultados, así como el seguimiento del proceso, como mecanismo para la identificación de ajustes necesarios a las estrategias definidas para el logro de objetivos.

Aspectos clave del Modelo para la reflexión crítica:

- Como punto de partida impulsar el desarrollo de competencias de los integrantes del Comité Técnico Estatal a través de la generación de espacios de formación-diálogo-encuentro, vinculados a los intereses y necesidades de los participantes. Con ello se propicia que el quehacer institucional se ajuste a los requerimientos de los socios directos y al curso de ejecución del proyecto.
- Sensibilización y formación para el trabajo comunitario con respeto y comprensión de la cultura, cosmovisión y formas de vida de la población de las comunidades de los actores implicados en el proceso, como estrategia vinculada a la discusión y toma de acuerdos para la acción conjunta en el desarrollo del Modelo, a través de talleres, encuentros y la creación de un banco de experiencias, centrados en delimitar el concepto de innovación social en el marco de la definición de estrategias para la atención en salud reproductiva de comunidades indígenas.
- Acuerdos para la creación de espacios de reflexión sobre los aspectos conceptuales y metodológicos implicados en el desarrollo de las estrategias propuestas por el Modelo, que buscan transformar la práctica de atención a la población, promoviendo la auto-reflexión y el diálogo de saberes, donde se discute la práctica, contrastada con la realidad y los enfoques teóricos que sustentan la propuesta para enriquecer la práctica de todos los actores.
- La reflexión sobre las diferentes prácticas institucionales y comunitarias para la atención de la salud reproductiva en las localidades donde se desarrolla el Modelo, permitirá generar consensos para la construcción colectiva de planes de acción y del currículum para el fortalecimiento de capacidades locales. Entendiendo que esto, no es fruto de una sola sesión de trabajo, sino de un proceso de análisis de grupo, donde se plantean cuestionamientos, se comparten diferentes perspectivas y se aporta información, lo que favorece la adquisición de nuevos conocimientos, contribuyendo todo a la toma de decisiones.
- Obtener de forma periódica opiniones de los diferentes actores sobre las estrategias y acciones del Modelo, y sus resultados, a través de reuniones de trabajo formales y encuentros informales, donde el personal institucional y actores comunitarios expongan sus percepciones y puntos de vista.
- Para incentivar la reflexión crítica es importante que el Grupo Técnico Central y los Grupos Estatales desarrollen acciones específicas para la retroalimentación constructiva a los equipos de trabajo, a través de reuniones de evaluación, talleres de capacitación y discusión de informes de avances; donde la visión interinstitucional resulta un factor clave como fuente de diversidad para el análisis y comprensión de la problemática relacionada con la atención a la salud reproductiva en las localidades indígenas. Además de la visión externa de consultores que contribuyan con su experiencia y crítica a los procesos.
- Evitar el desgaste ocasionado por un número excesivo de reuniones de trabajo elaborando una agenda para la reflexión, el análisis, la planeación y la toma de decisiones, cuidando que éstas se den a partir del consenso y corresponsabilidad, para lo que puede ser fundamental el papel de un Coordinador de Proyecto que mantenga una visión integradora de las perspectivas personales e institucionales,

cuidando que no se imponga el punto de vista de alguno de los actores o instituciones involucradas en el proceso de gestión del Modelo.

- Finalmente como un elemento adicional es importante implementar registros de los eventos con anotaciones anecdóticas-críticas e informativas-descriptivas, como insumos para la interpretación y adecuación de la propia práctica a partir del proceso de reflexión desarrollado.

3. Aprendizaje significativo

El Modelo desde su perspectiva metodológica plantea el desarrollo de procesos formativos paralelos, que se desarrollan de acuerdo a una misma línea metodológica de construcción de conocimientos y desarrollo de competencias entre los diferentes actores: personal institucional, parteras, promotores y población de las localidades atendidas. El aprendizaje significativo como principio orientador de la propuesta pedagógica del Modelo implica un proceso de contraste de los referentes conceptuales y de desarrollo de habilidades lingüísticas vinculadas a la reflexión para la construcción de significados a partir de su situación concreta, es decir a partir de lo que los diferentes actores sociales piensan, saben, hacen, conocen o viven respecto a la salud reproductiva en las localidades indígenas.

Aspectos clave del Modelo para el aprendizaje significativo:

- Los procesos educativos a desarrollar buscan un efecto social significativo desde una perspectiva de vida saludable de la población de las comunidades en general y de las mujeres en particular, lo que implica la elaboración colectiva de una representación sobre el significado de este concepto para cada uno de los actores, así como la comprensión de las vinculaciones conectivas con la problemática de salud reproductiva que aborda el Modelo.
- Un factor importante en los procesos que se espera generar con el desarrollo del Modelo es la participación de consultores especializados en las diferentes temáticas, quienes serán los responsables de introducir la intencionalidad pedagógica a los procesos educativos, y de proponer la utilización de recursos didácticos para generar la motivación en los diferentes grupos de población y actores institucionales, para potenciar el aprendizaje significativo, como el uso de palabras generadoras, imágenes, historias de vida, mapas conceptuales, videos, audios, entre otros, relacionados con los conceptos clave de la propuesta metodológica para la atención de la salud reproductiva de la población indígena.
- El punto de partida del proceso educativo es la recuperación de las experiencias concretas de los actores sociales, sus saberes, aptitudes, conductas, percepciones e interpretaciones referidas a la problemática de salud reproductiva en las localidades indígenas; lo que permite el anclaje de nuevos conocimientos y prácticas vinculadas a la visión conceptual y metodológica del Modelo.
- El aprendizaje significativo en el Modelo implica que lo aprendido a partir del proceso formativo, se transforme en capacidades para desarrollar acciones adecuadas a los contextos comunitarios que logren generar un impacto positivo en la situación de salud reproductiva de la población. En este sentido la agenda

educativa se construye localmente en cada comunidad, en relación con la utilidad de los contenidos frente a los procesos de atención que se pretende impulsar.

4. Apropiación

La orientación metodológica de las estrategias de cada uno de los procesos está centrada en alcanzar una nueva lectura de la realidad compartida por todos los participantes. En términos de la educación popular diríamos: ponerse en acción implica que el proceso de la práctica – teoría –práctica y acción- reflexión-acción de los grupos, conduzca a la apropiación consciente de su práctica transformándola permanentemente con vistas a lograr una nueva vida social.

Los diferentes actores involucrados en el gestión del Modelo, deben vivir experiencias formativas distintas que partan de su experiencia de vida, contexto cultural y social, edad, género y nivel de responsabilidad en la prevención de la salud, generando diversas vinculaciones y construcciones al respecto, para forjar un marco de referencia común sobre la problemática en la que pretende incidir, los objetivos que se esperan lograr y la manera cómo se imaginan que esto suceda, lográndose así la apropiación de la experiencia.

Aspectos clave del Modelo para la apropiación:

- La apropiación entendida como un mecanismo básico del desarrollo humano, a través del cual la persona se “apropia” de una experiencia, se concreta como principio del Modelo a partir de su construcción y ejecución participativa, donde los diferentes actores o socios directos del Modelo reflexionan, discuten e interiorizan la visión, objetivos y estrategias generándose la reconstrucción de los significados teóricos desde sus experiencias y praxis social.
- El diseño metodológico del Modelo y su ejecución responde al principio de apropiación como proceso dinámico que se genera a partir de la identificación de los socios directos y de la población, con la problemática y visión de futuro que se construye colectivamente, lo que los lleva a participar activamente en las acciones y estrategias propuestas a partir de una agenda local.
- La participación e interacción de los diferentes actores en el proceso de gestión del Modelo transforma su experiencia y conocimientos, lo que genera un proceso de desarrollo de competencias y de empoderamiento social, lo que enriquece el desarrollo de las acciones.
- La apropiación social de la estrategia implica la redefinición del papel que juegan los socios directos y los grupos de población implicados en el proceso; de tal manera la formación de Redes Sociales como estrategia para la apropiación y sostenibilidad de los procesos adquiere una relevancia fundamental en la ejecución del Modelo.

VI. Etapas y Componentes del Modelo

Si bien el Modelo se plantea como un proceso continuo se puede dividir en cuatro etapas fundamentales, donde para cada etapa se debe desarrollar a partir de un plan de acción específico con actividades y productos o resultados concretos:

1. Diseño y planificación del Modelo.

1.1 En su fase inicial la planificación debe contemplar el compromiso, acuerdos de participación y la aprobación de la propuesta, a nivel político y de las autoridades estatales e institucionales. Es importante identificar a todas aquellas instituciones y organizaciones de la sociedad civil involucrados en la atención de la salud reproductiva en la región seleccionada para la intervención para vincularlas al proceso de planeación y gestión de las estrategias. Esta acción facilitará la coordinación interinstitucional y la conformación del Comité Técnico Estatal, potenciando los recursos, los servicios y las experiencias de trabajo de cada uno de los socios implementadores.

1.2 En el ámbito de provisión de servicios de salud reproductiva los cambios en la visión y operación que implica la incorporación de un componente intercultural, requiere el aval institucional de las dependencias responsables de la atención de la salud en las comunidades donde se desarrollará el Modelo, tanto para la toma de decisiones a lo largo del proceso como en la asignación de recursos, por lo que el compromiso de participación que se logre en la etapa inicial de la planeación, debe mantenerse para garantizar la sostenibilidad de las estrategias.

1.3 En esta primera fase del Modelo es importante realizar un primer análisis de la situación de salud reproductiva en la región donde se pretende implementar las acciones, a partir de fuentes secundarias de información, como son informes institucionales, estudios, reportes de investigaciones y datos estadísticos oficiales. En este estudio general de la situación regional, se identificará la problemática de salud reproductiva, las características socioeconómicas, además de una identificación de los actores sociales a los que se puede involucrar como socios directos del Modelo así como un análisis de los servicios de atención, que incluya la identificación de la institución del sector salud con mayor presencia en cada una de las comunidades donde se trabajará, sus recursos y prácticas en la provisión de servicios.

1.4 Para la elaboración de este primer análisis general se recomienda en primera instancia realizar un ejercicio participativo entre los integrantes del Comité Estatal para la definición de componentes y variables a investigar, identificándose la fuente de información a partir de la cual se recabarán los datos para cada una de las variables definidas. La elaboración de un estudio que permita conocer la situación general de la

cual se parte, puede requerir de la participación de consultores expertos, que se encarguen de su elaboración y de la conducción del proceso participativo para la planeación inicial de la intervención, que resulte en la presentación de una propuesta de proyecto, que servirá como referente para la ejecución de las estrategias; entendiendo que las características del Modelo propuesto, implican su revisión constante a partir de la reflexión crítica durante la planeación local participativa y en general a lo largo del proceso

1.5 Esto es, una vez que se ha integrado un primer diagnóstico documental de la situación en el ámbito de la salud reproductiva en la región de trabajo, se deberá realizar un proceso de planeación participativa para lo que se recomienda la utilización de la metodología de Marco Lógico¹⁴ como herramienta de trabajo que facilite la conceptualización del diseño de Proyecto, con la definición de objetivos y la propuesta inicial de estrategias, que serán descritas en un Documento Base, como instrumento para la comunicación de la estrategia a desarrollar.

1.6 La planificación de la intervención debe incluir también la definición de recursos necesarios para la ejecución, tanto financieros como humanos, con la integración de equipos de trabajo. En esta etapa del Modelo, resulta pertinente definir el nombramiento de un Coordinador de Proyecto y la estructura de los Grupos Técnicos, en función de la definición de los socios implementadores.

1.7 Como parte del proceso de planeación inicial en esta etapa del Modelo se definirán las comunidades que conformarán el universo de trabajo, con base en los resultados del diagnóstico y los criterios de inclusión establecidos como parte del ejercicio participativo de planeación estratégica.

Actividades a desarrollar en la primera etapa del Modelo son.

- Firma del convenio de colaboración y aprobación del ejercicio presupuestal.
- Definición de responsabilidades de las instancias involucradas de los diferentes niveles.
- Instalación oficial del Comité Directivo y Grupo Técnico
- Elaboración del análisis de la situación de salud sexual y reproductiva de la población indígena en la región, con la identificación de actores clave.
- Planteamiento de los criterios técnicos para la selección de las localidades y definición de universo de trabajo
- Planteamiento de las necesidades estratégicas de intervención dirigidas hacia la población indígena en la región.
- Definición de los objetivos generales y específicos.
- Revisión y definición de las estrategias y líneas de acción e indicadores.
- Definición de los mecanismos de gestión y criterios para la definición de equipos de trabajo y de responsables de coordinación.
- Definición de las etapas del Proyecto y plan de trabajo con cronograma de actividades.

¹⁴ El Marco Lógico es una herramienta útil, que permite presentar sucintamente diferentes aspectos del proyecto en un formato que aporta estructura para presentar la información necesaria para su ejecución y evaluación. Ver Anexo 1. Metodología de Marco Lógico.

2. Inducción y sensibilización para la participación.

2.1 La fase de inducción en el Modelo es una etapa fundamental, que se realiza en dos niveles, institucional y comunitario; con el propósito de facilitar que el personal responsable de la ejecución del proyecto logre la comprensión y apropiación del enfoque conceptual, la visión y los mecanismos de gestión de las estrategias. En tanto que a nivel comunitario se busca generar el interés de la población en el Proyecto, para de inicio tener la aprobación para su ejecución y su participación comprometida durante todo el proceso de gestión de actividades.

2.2 La inducción y sensibilización interna se debe dar previamente a las actividades de inducción propuestas a nivel comunitario. Si bien las actividades de sensibilización y capacitación previsto como un proceso continuo, como parte del componente de desarrollo de capacidades, el trabajo inicial para la comprensión conceptual y metodológica del Modelo es una actividad estructurada a manera de taller para el análisis conceptual y metodológica del Modelo, dirigida a todos los socios implementadores, que permita entender la visión, los principios, objetivos, estrategias y resultados esperados.

2.3 En tanto que la inducción a nivel comunitario se refiere a la presentación de la propuesta de trabajo en las localidades, donde se sensibiliza a la población acerca de la problemática que se pretende atender con el Modelo. La sensibilización deberá dirigirse en primera instancia a los actores sociales identificados como posibles socios directos del Modelo, principalmente a las autoridades y personal comunitario de salud, como son parteras, promotores, auxiliares, comités de educación y de salud.

2.4 La presentación del Proyecto en una comunidad y lograr no solo su aceptación, sino su participación comprometida requiere la consideración de necesidades sentidas, los liderazgos y organizaciones de base existentes, además de las experiencias previas y actitudes de la población ante proyectos e instituciones responsables de la atención de salud. Cuando se presenta un Proyecto en una comunidad generalmente surgen algunas resistencias, cuya magnitud dependerá de los antecedentes de trabajo del personal de salud con la población. Para lo que habrá que estar preparado, y desarrollar una asamblea comunitaria reflexiva, donde se discuta la problemática general de salud reproductiva, incluyendo los problemas de atención, para realizar un análisis de causa-efecto, que permita jerarquizar los problemas, detectar las necesidades sentidas de la población y buscar alternativas de solución en forma conjunta, que puedan ser incluidas como parte de las líneas de acción del Proyecto, favoreciendo una relación horizontal entre el personal institucional y la población, para la firma de acuerdos y compromisos comunitarios de participación en un acta de asamblea

2.5 Despertar el interés y compromiso de la población en general y de los actores sociales cuya participación es fundamental para el proceso, requiere del establecimiento de un diálogo comunitario donde se tomen en cuenta las expectativas de la comunidad en su conjunto, y específicamente de las mujeres y parteras. El diálogo como estrategia permanente para la participación, requiere que el lenguaje para la comunicación se de en el propio idioma de la población, como condición para el dialogo verdadero.

3. Ejecución de estrategias y acciones.

3.1 Las estrategias y acciones que forman parte del Modelo para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas, si bien partieron de una propuesta inicial como parte de un Proyecto diseñado desde un ámbito central de planeación, su diseño final y ejecución se dio a partir de un proceso generado en el marco de los contextos específicos donde se desarrolló, como una construcción dialéctica a partir de la realidad, las experiencias y la visión de los diferentes actores involucrados, en este sentido el Modelo requiere para su réplica de aportes y adecuaciones a los escenarios concretos donde se vaya a desarrollar.

3.2 Partiendo desde esta lógica la perspectiva de abordaje que supone el desarrollo del Modelo para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas implica reconocer la dimensión sociocultural de la enfermedad, no sólo la dimensión médica, organizacional e institucional de los programas de salud sexual y reproductiva, en este sentido involucra la interacción dinámica de los proveedores de servicios de salud institucionales, los agentes de salud comunitarios y la población usuaria de los servicios.

3.3 Desde esta visión y tomando como referente los enfoques transversales propuestos como parte del diseño conceptual, el Modelo trabaja a partir de la definición de estrategias enfocadas a mejorar la provisión de servicios desde un enfoque intercultural, con perspectiva de género y centrada en el concepto de derechos; para el fortalecimiento de capacidades locales que contribuyan a mejorar la situación en torno a la salud reproductiva y el ejercicio pleno derechos atendiendo las características socioculturales de las comunidades; así como estrategias para la participación social y el empoderamiento de los diferentes actores; a partir de la definición de siete componentes:

- Diagnóstico Situacional
- Planeación Participativa
- Organización y Participación Comunitaria
- Sensibilización y Capacitación Intercultural
- Información y Comunicación
- Sensibilidad Cultural en los Servicios de Salud Reproductiva
- Monitoreo y Evaluación

Estos componentes se han desarrollado ampliamente en la segunda parte de este documento como guías metodológicas de trabajo. Asimismo cada guía tiene como anexos herramientas que ayuden a la implementación de las acciones.

3.4 Las estrategias y actividades específicas a realizar en cada uno de los componentes del Modelo, así como los procedimientos para su ejecución se presentan en las Guías Metodológicas desarrolladas en la segunda parte de este documento. La ejecución del Modelo se basa en la participación de diversos actores institucionales y comunitarios, definidos como socios implementadores y socios directos, como son: el Comité Técnico Estatal, los prestadores de servicios, las autoridades municipales y locales, los agentes comunitarios de promoción y atención, entre otros.

4. Divulgación y sostenibilidad del Modelo.

4.1 Esta etapa implica la comunicación de resultados y lecciones aprendidas de la experiencia, así como la identificación e impulso de acciones para la sostenibilidad de los procesos, a nivel institucional y comunitario. Las acciones de divulgación se vinculan directamente con las estrategias incluidas en los componentes de comunicación social y monitoreo, en tanto que los procesos de sistematización y evaluación de resultados aportan insumos para la divulgación del Modelo.

4.2 Esta etapa del Modelo se desarrollará con acciones específicas de divulgación de la experiencia, para la contribución de la generación de conocimientos en el campo de la atención de la salud reproductiva de poblaciones indígenas, para lo que será importante la elaboración de informes de lecciones aprendidas, manuales y guías de procesos y procedimientos específicos de los componentes del Modelo, como es el caso del presente documento. Además se recomienda la participación en eventos de intercambios de experiencias, congresos, seminarios y otros eventos donde se puedan presentar los resultados de la experiencia, como conferencias de prensa y la elaboración y/o participación en plataformas electrónicas digitales de divulgación de aprendizajes y resultados de los diferentes procesos impulsados como parte del Modelo.

4.3 A nivel comunitario y regional se deberán realizar actividades dirigidas a la población, con el objetivo de informar sobre los avances y resultados concretos de las acciones, además de reforzar las acciones educativas y de sensibilización con lo que se fortalezca la participación social de los grupos y redes formadas, y se promueva la formación y participación de nuevos grupos, en las propias comunidades y en nuevas localidades de la región, ampliando los efectos del Modelo. Algunas de las actividades que se pueden desarrollar son asambleas comunitarias informativas; foros de intercambio y discusión de avances de planes de actividades elaborados; exposiciones fotográficas con actividades y resultados de las diferentes estrategias; spots de radio; folletos; encuentros comunitarios de jóvenes y otros actores sociales; etc.

4.4 En tanto que la sostenibilidad de los procesos generados se impulsarán a partir de la apropiación del Modelo y desarrollo de capacidades de los equipos de trabajo, los agentes comunitarios de salud y la propia población, en tanto se logren generar cambios de actitudes y prácticas relacionadas con la concepción de los determinantes de la salud reproductiva y su atención.

Anexo 1

Anexo 1.A Metodología de Marco Lógico

La Metodología de Marco Lógico (MML) es una herramienta que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de programas y proyectos. Su uso permite:

- Presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad;
- Identificar y definir los factores externos al programa que pueden influir en el cumplimiento de los objetivos;
- Evaluar el avance en la consecución de los objetivos, así como examinar el desempeño del proyecto en todas sus etapas.

Las principales ventajas de la MML son:

1. Propicia una expresión clara y sencilla de la lógica interna de los programas, proyectos y de los resultados esperados con su ejercicio, y con ello, el destino del gasto público asignado a dichos programas y proyectos.
2. Propicia que los involucrados en la ejecución del programa trabajen de manera coordinada para establecer los objetivos, indicadores, metas y riesgos del programa.
3. Facilita la alineación de los objetivos de los programas o proyectos entre sí, y con la planeación nacional.
4. Estandariza el diseño y sistematización de los proyectos, por ejemplo, una terminología homogénea que facilita la comunicación.
5. Genera información necesaria para la ejecución, monitoreo y evaluación del proyecto, así como para la rendición de cuentas.
6. Proporciona una estructura para sintetizar, en un solo cuadro, la información más importante sobre un programa o proyecto: Matriz de Indicadores para Resultados.

Los principales usos de la MML se muestran a continuación:

1. Apoya la toma de decisiones sobre los programas o proyecto y la asignación de recursos.
2. Propicia la planeación participativa, y estimula el logro de acuerdos y su instrumentación.
3. Apoya al monitoreo/seguimiento y a la evaluación.

Es importante considerar entre los involucrados que deben participar en las distintas etapas de la MML y sobre todo, en la elaboración de la MIR, además de la Unidad o Unidades Responsables de la ejecución del programa, a personal de las áreas de planeación, evaluación, programación y administración o finanzas, cuando menos.

Etapas de la Metodología de Marco Lógico

Para la adecuada aplicación de la MML deben seguirse las siguientes etapas:

1. Definición del problema
2. Análisis del problema
3. Definición del objetivo
4. Selección de alternativa
5. Definición de la Estructura Analítica del Proyecto (EAP)

6. Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

1. Definición del problema

¿Cuál es su objetivo?

- Establecer de manera clara, objetiva y concreta cuál es el problema que origina o motiva la necesidad de la intervención.
- Establecer:
 - ⇒ La necesidad a satisfacer ;
 - ⇒ El problema principal a solventar;
 - ⇒ El problema potencial;
 - ⇒ La oportunidad por aprovechar;
 - ⇒ La amenaza por superar
- Establecer, también, cuál es la población o área de enfoque que enfrenta el problema o necesidad y en qué magnitud lo hace.

¿En qué consiste?

- En identificar de entre las demandas sociales u oportunidades de atención, la prioritaria que tiene posibilidades de ser resuelta a través de la acción gubernamental, y que está alineada con los objetivos del sector y sus programas derivados.
- Este estudio debe incluir el análisis de los involucrados en el problema.
- Este análisis y definición debe partir de un diagnóstico de la problemática identificada. ¿Para qué se utiliza?
- Para orientar la acción a resultados específicos y concretos que entreguen más y mejores bienes y servicios a la población o área de enfoque, o bien que representan oportunidades de bienestar y progreso.

Preguntas Clave

- ¿Qué problema es el que originó el programa o proyecto que se está desarrollando?
- ¿Qué demanda social u oportunidad de atención tiene mayor prioridad de atención?
- ¿Cuál es la población o área de enfoque que lo enfrenta?
- ¿Cuál es la situación que da origen a las demandas u oportunidades?
- ¿Cómo puedo beneficiar a una mayor cantidad de personas o a un área de enfoque prioritaria?

2. Análisis del problema

¿Cuál es su objetivo?

- Analizar el origen, comportamiento y consecuencias del problema definido, a fin de establecer las diversas causas y su dinámica, así como sus efectos, y tendencias de cambio.

¿En qué consiste?

- Una de las alternativas para el análisis del problema consiste en el ordenamiento de las causas y los efectos detectados en un esquema tipo 'árbol' (Árbol de Problemas), donde el problema definido es el punto de partida, el tronco, las causas son las raíces y los efectos la copa. Deben relacionarse entre sí estableciendo causas directas e indirectas. Se expresan en sentido negativo.
- El análisis del problema se realiza con base en los hallazgos de un diagnóstico previo, que contenga evidencia cuantitativa y cualitativa sobre el problema y sus orígenes y consecuencias (causas que justifiquen un programa o proyecto).

¿Para qué se utiliza?

- Para conocer la naturaleza y el entorno del problema, lo que permitirá resolverlo (establecer las acciones para solventar cada una de las causas que lo originan).

Preguntas Clave

- ¿Qué causa el problema?
- ¿Cuál es la naturaleza de las causas?
- ¿Cuál es la relación entre las diversas causas?
- ¿Qué efectos tiene el problema?

3. Definición del objetivo

¿Cuál es su objetivo?

- Definir la situación futura a lograr que solventará las necesidades o problemas identificados en el análisis del problema.

¿En qué consiste?

- En la traducción de causas-efectos en medios-fines.
- El análisis de problemas se convierte en la definición de objetivos.
- Los problemas enunciados como situaciones negativas se convierten en condiciones positivas de futuro o estados alcanzados.

¿Para qué se utiliza?

- Para identificar medios de solución a la problemática detectada.
- Para identificar los impactos que se alcanzarán de lograrse el objetivo central.
- Para fortalecer la vinculación entre los medios y fines.
- Para ordenar la secuencia de esta vinculación lo que permitirá estructurar la intervención.

Preguntas Clave

- ¿Los escenarios positivos de futuro o estados alcanzados solventan completamente la situación que se pretende transformar?
- ¿Los medios garantizan alcanzar la solución del objetivo central?

4. Selección de alternativas

¿Cuál es su objetivo?

- Determinar las medidas que constituirán la intervención.

¿En qué consiste?

- En analizar y valorar cuidadosamente las opciones de acción más efectivas para lograr los objetivos deseados.
- Seleccionar, dentro del árbol de objetivos, las opciones de medios que pueden llevarse a cabo con mayores posibilidades de éxito, considerando las restricciones que apliquen en cada caso, particularmente su factibilidad técnica y presupuestaria.
- Corresponde a la última fase de la identificación de la solución del problema planteado.

¿Para qué se utiliza?

- Para determinar las actividades y medios que integran la estructura del proyecto.

Preguntas Clave

- ¿Qué medios-fines tienen un vínculo directo con el resultado esperado?
- ¿Qué medios pueden alcanzarse con la intervención, en qué plazo y a qué costo?
- ¿Cuáles serían los bienes y servicios que la intervención debe producir para alcanzar su objetivo?
- ¿Qué acciones deben realizarse para generarlos?
- ¿El marco normativo aplicable permite la ejecución de la alternativa seleccionada?

5. Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados

¿Cuál es su objetivo?

- Sintetizar en un diagrama muy sencillo y homogéneo, la alternativa de solución seleccionada, lo que permite darle sentido a la intervención y establecer con claridad los objetivos y resultados esperados.
- Definir los indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer los resultados generados por la acción gubernamental, y con ello, el éxito o fracaso de su instrumentación.

¿En qué consiste?

- En establecer y estructurar el problema central, ordenar los medios y fines del árbol de objetivos.
- Generar indicadores para medir sus resultados.
- Definir los medios que permitirán verificar esos resultados.
- Describir los riesgos que podrían afectar la ejecución del mismo o las condiciones externas necesarias para el éxito del programa

¿Qué es la Matriz de Indicadores para Resultados?

La Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) es una herramienta que permite vincular los distintos instrumentos para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los programas, resultado de un proceso de planeación realizado con base en la Metodología de Marco Lógico.

Es una herramienta de planeación estratégica que en forma resumida y sencilla:

- Establece con claridad los objetivos del proyecto y su alineación con los objetivos de la planeación sectorial o institucional;
- Incorpora los indicadores que miden los objetivos y resultados esperados, y que son también un referente para el seguimiento y la evaluación;
- Identifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores;
- Describe los bienes y servicios que entrega el programa a la sociedad, para cumplir su objetivo, así como las actividades e insumos para producirlos; e
- Incluye supuestos sobre los riesgos y contingencias que pueden afectar el desempeño del programa.

Resumen general de objetivos	Indicadores verificables	Medios de verificación	Supuestos
Se registran los objetivos por cada nivel de la Matriz. El resumen narrativo u objetivos pueden ser usados de manera indistinta.	Se registran los indicadores, que son un instrumento para medir el logro de los objetivos de los programas y un referente para el seguimiento de los avances y para la evaluación de los resultados alcanzados.	Se registran las fuentes de información para el cálculo de los indicadores. Dan confianza sobre la calidad y veracidad de la información reportada.	Se registran los supuestos, que son los factores externos, cuya ocurrencia es importante corroborar para el logro de los objetivos del programa y, en caso de no cumplirse, implican riesgos y contingencias que se deben solventar.
Fin Indica la forma en que el programa contribuye al logro de un objetivo estratégico de orden superior con el que está alineado (Objetivo de la Dependencia, del Sector o del Programa).			
Propósito Es el objetivo del programa, la razón de ser del mismo. Indica el efecto directo que el proyecto se propone alcanzar sobre la población o área de enfoque.			
Componentes Son los productos o servicios que deben ser entregados durante la ejecución del programa, para el logro de su propósito.			
Actividades Son las principales acciones y recursos asignados para producir cada uno de los componentes.			

Fuente: Guía para la Construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Secretaría de la Función Pública. Consejo nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México. 2011

Segunda Parte

Guías Metodológicas para la Ejecución del Modelo

Segunda Parte

Guías Metodológicas para la Ejecución del Modelo

Contenido.

- I. Introducción.**
- II. Guía Metodológica para el Diagnóstico Situacional.**
- III. Guía Metodológica para la Planeación Participativa.**
- IV. Guía Metodológica para la Organización y Participación Comunitaria.**
- V. Guía Metodológica para la Sensibilización y Capacitación Intercultural.**
- VI. Guía Metodológica para la Información y Comunicación.**
- VII. Guía Metodológica orientada a la Sensibilidad Cultural para la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva.**
- VIII. Guía Metodológica para el Monitoreo y Evaluación.**

I. Introducción

En esta segunda parte del documento se desarrollan las Guías Metodológicas para la ejecución de cada uno de los componentes del Modelo, detallándose en siete capítulos los procesos operativos para la gestión de cada una de las estrategias, referidas al Diagnóstico Situacional, la Planeación Participativa, la Organización y Participación Comunitaria, la Sensibilización y Capacitación, la Información y Comunicación, la Sensibilidad Cultural en los Servicios de Salud Reproductiva y el Monitoreo y Evaluación. Adicionalmente para cada una de las Guías Metodológicas se incluyen como anexos algunas herramientas metodológicas que pueden ser utilizadas y adaptadas en las diferentes experiencias de réplica del Modelo.

El desarrollo de estas Guías se dio a partir de la experiencia generada en varios años de trabajo en la implementación de los proyectos en Tenejapa, Chiapas y en la región de Huejutla en el estado de Hidalgo. De ambos proyectos, se recuperaron los principales aprendizajes que sus actores a partir de una reflexión compartida en el ejercicio de recuperación de los procesos metodológicos, tanto los que se planearon anticipadamente como de los que se fueron diseñando durante la ejecución de las acciones entre todos los actores sociales participantes.

Estas Guías tienen como propósito ofrecer al lector un camino estructurado sobre los posibles pasos que es necesario dar para que grupos de personas o equipos de trabajo responsables de implementar los proyectos encuentren elementos necesarios para imaginar, diseñar y construir procesos de planeación, comunicación, formación y gestión que sean fructíferos y que ayuden a mejorar el diseño y ejecución de estrategias para instrumentar un proyecto de salud sexual y reproductiva desde una visión intercultural.

Si bien, ningún texto es suficiente para explicar los ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde? y ¿Por qué? de un proyecto naciente y que busca tener efectos sociales efectivos en comunidades indígenas, consideramos que contar , como punto de partida, con información surgida del ejercicio práctico en dos ámbitos de población indígena seguramente permitirá una visión y comprensión más específica de la dimensión de los procesos a impulsar y facilitará el desarrollo de estrategias con las que se puedan alcanzar los resultados esperados. En tal sentido invitamos a todos los lectores a hacer uso de estas Guías y hacer suyas las acciones y estrategias que consideren útiles, para el logro de sus metas y objetivos relacionados con la mejora de la situación de salud reproductiva de las localidades indígenas, enriqueciendo la metodologías propuesta con lo que se fortalezcan las capacidades de los grupos de trabajo y de la población para avanzar en el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de la población indígena.

II. Guía Metodológica para el Diagnóstico Situacional.

1. ¿Por qué es importante el diagnóstico situacional?

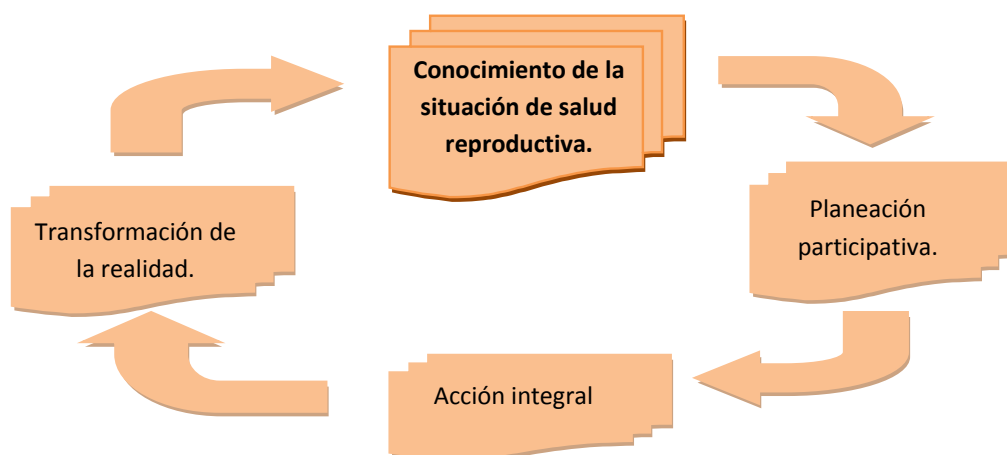
El diagnóstico situacional es un primer acercamiento sistemático a la realidad comunitaria en el ámbito de la salud reproductiva y busca proporcionar información cuantitativa y cualitativa sobre los principales determinantes de las condiciones de salud reproductiva. El principal resultado esperado del diagnóstico es la identificación de las oportunidades, limitantes y problemas para la atención en salud reproductiva y la prevención de muerte materna, para lo cual es fundamental la participación de la comunidad.

El diagnóstico situacional propuesto por el Modelo requiere de un acercamiento integral a los procesos y estructuras comunitarias, que determinan las causas y los efectos de las actitudes y prácticas relacionadas con la salud reproductiva, lo que permitirá conocer y analizar las necesidades sentidas y demandas relacionadas con la salud reproductiva y violencia familiar, incluidos los mitos, tradiciones y creencias relacionadas con esos temas, así como las preocupaciones, limitaciones y dificultades que al respecto perciben los prestadores de servicios de salud y otros actores clave; el diagnóstico busca además recoger información referida a la forma en la que los principales actores se articulan y hacen uso de los recursos disponibles para la atención en salud reproductiva en general, y de manera particular cuando se presenta una urgencia obstétrica lo que servirá como insumo para la orientación y definición de contenidos y estrategias a desarrollar como parte del Modelo.

En este sentido el diagnóstico deberá servir como insumo para la fase de planeación, es a partir de la problemática, los intereses y demandas identificadas como se deben analizar las oportunidades para la gestión de actividades y los resultados esperados, con la definición de indicadores. Esto es, el diagnóstico tiene un carácter comparativo entre la situación actual, identificada a partir de su realización y la situación deseable, que se visualiza a partir de los resultados que se esperan alcanzar con el desarrollo de las estrategias del Modelo, además de los cambios que posteriormente se identifiquen al momento de la evaluación.

El diagnóstico situacional como componente del Modelo permite identificar, analizar, sintetizar y evaluar los principales factores de cambio requeridos para mejorar las condiciones de salud reproductiva de la población, lo que permitirá la construcción de escenarios comunitarios e institucionales que favorezcan el acceso a los servicios de salud de la población en general y especialmente de las mujeres, así como el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos, con la gestión de servicios de salud interculturales con perspectiva de género. Es decir, a partir del diagnóstico participativo propuesto es posible por un lado, la caracterización de la situación de salud reproductiva de las localidades y por el otro, debe comprender un proceso de análisis e interpretación de la información obtenida, que se constituya como la base para la generación de propuestas de acciones concretas de intervención. Es en este sentido que el diagnóstico debe ser

visto como un proceso formativo integral que articula los principios metodológicos propuestos como parte del Modelo, que busca la interrelación entre el conocimiento generado por la investigación de las diferentes variables definidas grupalmente y la recodificación de este conocimiento a partir del análisis y visión de todos los actores participantes. Esto significa producir conocimiento para generar las líneas estratégicas necesarias que serán desarrollados en el proceso de planificación, y posteriormente en la ejecución de acciones específicas. En síntesis, la elaboración del diagnóstico situacional desde la perspectiva propuesta, implica la articulación entre cuatro diferentes procesos: el conocimiento de la situación, la planeación para la acción, la acción para la transformación de la realidad, con la generación permanente de nuevo conocimiento, por lo que constituye el primer paso del proceso de ejecución de las estrategias propuestas por el Modelo.



2. Objetivos del diagnóstico situacional.

- Determinar de forma integral la situación de salud reproductiva en comunidades del universo de trabajo del Modelo, con la identificación de determinantes socioculturales y factores de la prestación de servicios de atención que favorecen la problemática de salud reproductiva en la población indígena y limitan la prevención y atención oportuna.
- Identificar y caracterizar actores sociales, organizaciones de base y redes comunitarias existentes, vinculadas con la atención de la salud reproductiva y prevención de muerte materna.
- Iniciar un proceso de participación comunitaria que aporte la visión y necesidades de la población en el ámbito de salud reproductiva para el diseño de estrategias integrales que contribuyan a transformar la salud reproductiva y la vida de las comunidades indígenas identificadas como de alta marginación.

3. ¿Quiénes participan en el diagnóstico situacional?

El diagnóstico debe ser entendido como un proceso vital que ayudará principalmente al equipo responsable de la ejecución del Modelo, a encontrarse con la población destinataria y a comprender los significados culturales y sociales de la problemática de la salud sexual y reproductiva; por lo que es el equipo de trabajo quien debe decidir cómo elaborarlo.

En general se pueden seguir dos distintas vías para la realización del diagnóstico situacional, ya sea que lo realicen los propios actores sociales participantes, con el liderazgo del coordinador o coordinadora de Proyecto, o contratando un asesor(a) o consultor(a) externo(a) para dirigir el proceso o para desarrollar el estudio diagnóstico de manera independiente.

Si se contrata a un consultor(a), es importante que éste comprenda claramente las expectativas del grupo responsable, y de qué manera conceptualiza la problemática. Para lo que se recomienda construir un marco de referencia común junto con el equipo, precisando el proceso a desarrollar, la metodología que utilizará, así como los resultados buscados que serán los referentes para la comprensión del problema.

En cualquiera de las dos modalidades, una primera característica esencial del diagnóstico es la participación de la población y los prestadores de servicios de salud como actores fundamentales, con lo que se pretende iniciar el proceso de auto-reflexión sobre la problemática de salud reproductiva en las comunidades y los posibles mecanismos de solución.

Son los actores comunitarios e institucionales vinculados al desarrollo del Modelo, quienes a través de sus vivencias y experiencia, aportarán gran parte de la información buscada en el diagnóstico, así como en los procesos posteriores. De esta manera, el diagnóstico se convierte en la primera actividad de los actores involucrados en su ejecución como parte de los compromisos de participación definidos en la asamblea comunitaria realizada como parte del proceso de inducción del Modelo a nivel institucional y comunitario.

4. Ruta metodológica para el diagnóstico situacional.

El diagnóstico propuesto como parte del Modelo es de corte cuali-cuantitativo, con lo que se pretende identificar la situación de salud reproductiva de la población, de los recursos institucionales y comunitarios con que se cuenta para la atención, así como la percepción de los diferentes actores en relación con la problemática de atención. La utilización de técnicas cualitativas permitirá incorporar dimensiones socioculturales, con lo que se logre una mayor comprensión de las actitudes y prácticas relacionadas con la salud reproductiva y los servicios de atención.

La ruta metodológica para el diagnóstico se ha organizado a partir de la definición de cuatro momentos: a) diseño y planeación; b) recolección de información; c) sistematización y análisis y d) conclusiones y presentación de resultados.

a) Diseño y planeación.

Para la realización del diagnóstico una de las primeras acciones necesarias, es la formación de un equipo de trabajo responsable de su ejecución, delimitándose las funciones y responsabilidades de cada uno de los integrantes, para posteriormente elaborar un plan de trabajo con un cronograma de actividades. Cuando es el propio equipo de trabajo formado para la ejecución del Modelo, el responsable de la realización del diagnóstico, debemos asegurarnos de que todos hayan participado en el primer taller de inducción realizado en la primera fase, descrita en el apartado cuatro de la primera parte de este documento (pág. 34), esto para garantizar que todos (as) compartan la visión y enfoque de trabajo. En el caso de la contratación de una consultoría para la elaboración del diagnóstico, como se mencionó anteriormente es importante certificar en cada etapa que el trabajo sea realizado de acuerdo al marco conceptual del Modelo.

Partiendo de un mismo marco conceptual y metodológico, se procederá a la definición de variables a incluir en el diagnóstico, para lo que es necesario realizar un ejercicio participativo que permita identificar la información específica, necesaria para determinar la situación de salud reproductiva en el contexto comunitario y que aporte elementos para orientar las actividades a desarrollar.

La definición de variables implica la determinación de prioridades, para lo que se recomienda realizar una lluvia de ideas en la que se identifiquen los principales supuestos relacionados con la problemática de salud reproductiva, que desde la experiencia y visión de los actores participantes en el proceso, se deben investigar en el diagnóstico situacional para el logro de los objetivos del Modelo, referidos a: mejorar la calidad de la atención, favorecer el acceso a los servicios, propiciar la adecuación de prácticas de los prestadores de servicios al contexto sociocultural y contribuir a la reducción de mortalidad materna.

Como insumo para la discusión de las variables a incluir en el diagnóstico, se recomienda utilizar el análisis general de la situación regional, sugerida para su realización en la primera fase del Modelo (pag.32), donde se identifiquen las principales tendencias relacionadas con los problemas de salud reproductiva a nivel regional; lo que servirá como punto de partida para establecer una priorización de problemas para su atención, tomando como punto de referencia permanente los alcances del Modelo.

Dada la necesidad de contar con información relacionada con los determinantes socioculturales y los relacionados con la prestación de servicios que inciden en la situación de salud reproductiva de la población, y considerando que el Modelo ha sido propuesto para la atención de comunidades indígenas con altos índices de marginación, donde una constante es la problemática relacionada con la muerte materna, en el diagnóstico se propone tomar como referente para la definición de variables el "*Modelo de las Tres Demoras*"¹⁵ descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de

¹⁵ 1. Demora en tomar la de decisión de buscar atención.
2. Demora en llegar a la institución de atención.

Columbia, y adoptado por la OMS y UNFPA, a partir del cual se pueda hacer un análisis de las cadenas críticas que determinan las muertes maternas en las comunidades indígenas estudiadas. Este marco de investigación y análisis permitirá la descripción funcional de los factores que tienen un efecto sinérgico y que eventualmente actúan como factores limitantes.

Desde este enfoque algunos ejes temáticos que pueden servir de guía para la definición de variables a estudiar en el diagnóstico situacional son:

- Los principales determinantes sociales de las causas de muerte materna.
- Los principales aspectos estructurales de la atención de la salud materna.
- Los principales procesos relacionados con la búsqueda de atención de las urgencias obstétricas y perinatales, así como de los principales obstáculos que se enfrentan.
- Las condiciones y características de las muertes maternas ocurridas durante los últimos cinco años.

La identificación de las determinantes de la muerte materna implica la recopilación de información sobre los servicios de salud reproductiva disponibles a nivel comunitario y regional, por lo que es necesario que en el diagnóstico situacional se investigue cuáles son y cómo funcionan los servicios de salud reproductiva, además de la identificación de todos aquellos factores que pueden limitar su utilización, especialmente en para la búsqueda de atención ante emergencias obstétricas, pero también en todos los ámbitos relacionados con la salud reproductiva.

Vinculado a este tema, es importante identificar las necesidades sentidas y demandas específicas de los diferentes actores, mujeres y sus familias, parteras, autoridades y del propio personal de salud, por lo que es importante incluir esta variable en el diagnóstico situacional. Esta variable además, está ligada a la identificación de recursos humanos y materiales para la atención, ya que en muchos casos el factor limitante es la carencia de insumos o de personal calificado para la atención.

Algunas variables recomendadas para ser estudiadas en el diagnóstico situacional son:

- ✓ Recursos institucionales para la atención de salud reproductiva disponibles en la comunidad: tipo de servicios, equipamiento, insumos para la atención de la salud reproductiva, competencias del personal, protocolos y procedimientos para la atención de emergencias obstétricas, etc.
- ✓ Ubicación y características de los servicios de atención disponibles en la región: accesibilidad geográfica, infraestructura, equipo e instrumentos, insumos, personal, etc.
- ✓ Utilización de los servicios de salud reproductiva, por los diferentes sectores de la población de acuerdo a sexo y grupos de edad.

3. Demora en recibir tratamiento adecuado en la institución de salud.
<http://www.unfpa.org/monitoring/toolkit/spanish/tool6ii-spanish.pdf>
http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia%20Integral.pdf?view=true
<http://riverasocios.com/msmrs/wp-content/uploads/2011/11/DesignEvalMM-SP.pdf>

- ✓ Calidad y accesibilidad de la atención de los servicios de salud reproductiva a nivel comunitario y regional y percepciones respecto a cómo se pueden mejorar estos aspectos.
- ✓ Identificación de líderes, actores clave, autoridades locales con representación para la toma de decisiones, organizaciones y redes de apoyo relacionados con la atención de la salud reproductiva de la población, a nivel comunitario y en la región.
- ✓ Conocimientos y procedimientos de las parteras y otros actores comunitarios vinculados a la medicina tradicional, para la atención de la salud reproductiva y prevención de muerte materna.
- ✓ Necesidades sentidas para el fortalecimiento de capacidades y demandas de atención de la población en general y especialmente la visión de los grupos de mujeres, parteras y grupos organizados.
- ✓ Conocimientos, actitudes y prácticas de la población, relacionadas con el autocuidado, la prevención y atención de problemas de salud reproductiva y la prevención de muerte materna.

Adicionalmente, como otro de los ejes de la investigación que pueden considerarse en la definición de variables son los relacionados con los componentes básicos y programáticos de los servicios de atención de salud reproductiva a nivel comunitario.

Para lo que se propone la definición de las siguientes variables:

- Conocimiento de los métodos anticonceptivos,
- Características del uso de la anticoncepción.
- Estimación de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos.
- Atención durante el embarazo y el parto, así como la participación del hombre en estos eventos.
- Conocimiento y realización de medidas preventivas asociadas al CaCu, CaMa y de próstata.
- Conocimiento de las formas de transmisión y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.
- Incidencia de la violencia intrafamiliar.

Una vez definidas las variables a estudiar se deben diseñar las herramientas, los procedimientos y las técnicas para la recolección de la información; procediendo a la preparación de los instrumentos para el registro de datos y guías metodológicas acordes tanto a las técnicas definidas, como a los actores comunitarios e institucionales que participarán en la etapa de recolección de información.

Elaborados los instrumentos para la recolección de información, el siguiente paso de la planeación implica la capacitación del personal responsable del diagnóstico, para la unificación de criterios para el desarrollo de las técnicas cualitativas definidas y la recuperación de datos cuantitativos, para lo que resulta conveniente la realización de un

taller de capacitación con este propósito; en el que además se deberán incluir temas para la sensibilización intercultural con el fin de reforzar la visión metodológica del Modelo.

A la par de las acciones de preparación de instrumentos y de capacitación a personal para la realización del diagnóstico situacional, es importante realizar una serie de asambleas comunitarias para tomar acuerdos con los diferentes actores en relación con las actividades a realizar como parte del diagnóstico. Esto facilitará la planeación de los eventos y la organización de la logística requerida, así como provisión de recursos económicos para la realización de los eventos planeados para la recolección de información.

b) Recolección de información.

Como se mencionó al inicio del apartado anterior, el Modelo propone la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos para la realización del diagnóstico, con la utilización de técnicas específicas para cada uno de éstos.

Definiéndose como herramientas para el diagnóstico cualitativo:

- Entrevistas abiertas con personal de salud.
- Reunión de análisis FODA con personal de salud.
- Foro regional de intercambio de experiencias y de diagnóstico situacional con la participación de parteras de las localidades incluidas en el diagnóstico.
- Estudios de caso y autopsias verbales de los casos de muerte materna identificados en un periodo comprendido entre los últimos dos años.
- Grupos focales con delegados municipales, comités de salud, comités de educación y con población abierta, con la integración de un grupo de hombres y otro de mujeres en cada una de las localidades, además de un grupo de jóvenes.

Herramientas para el diagnóstico cuantitativo:

- Revisión de los registros de mortalidad en las comunidades, de los últimos tres años.
- Revisión de registros de producción de servicios de salud reproductiva de la unidad médica de primer nivel de atención y de las unidades regionales de segundo y tercer nivel.
- Encuestas a población.

En tanto que las fuentes principales de información son los actores clave identificados, además de los registros comunitarios relacionados con la provisión de servicios, y eventualmente los grupos de población seleccionados al azar, que participen en la encuesta propuesta. El uso de diferentes métodos para la recolección de información, permite que esta se complemente y se retroalimente o triangule entre sí, permitiendo profundizar en alguno de los temas en las entrevistas y grupos focales.

Adicionalmente a la aplicación de las técnicas y procedimientos definidos para el levantamiento de datos, es importante la observación que los equipos de trabajo puedan realizar en las comunidades con la realización de cada evento, con el objetivo de integrar información que no haya sido registrada a partir de las técnicas propuestas para el diagnóstico. Las características generales y recomendaciones prácticas para la elaboración de los instrumentos y el desarrollo de técnicas para la recolección de datos se presentan en el Anexo 2 Herramientas Metodológicas para el Diagnóstico Situacional.

De forma general se recomienda que para la recolección de información se utilice la lengua local, para garantizar la comprensión de las preguntas y conceptos utilizados para la identificación de factores relacionados con la situación de salud reproductiva de la población. Se ha observado en este sentido que es importante que dentro del equipo de trabajo participen personas pertenecientes al grupo de población de la región, que además de manejar los aspectos conceptuales, técnicos y metodológicos, se identifiquen y conozcan la cultura y el idioma de la población de las localidades donde se desarrollará el diagnóstico.

c) Sistematización y análisis.

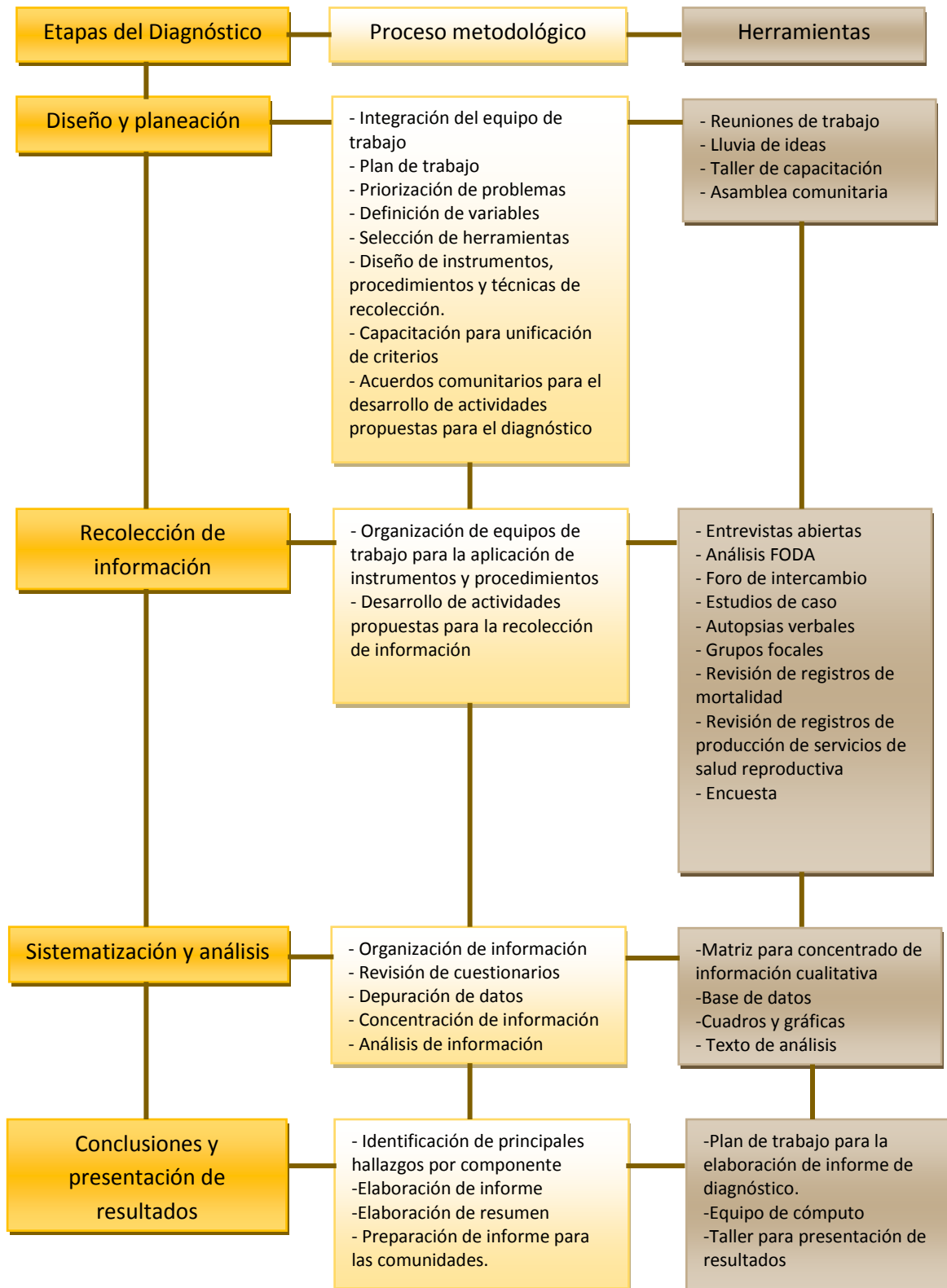
El siguiente paso del proceso se refiere a la consolidación de la información para el análisis e interpretación de los datos recabados. En el caso de las entrevistas, los formularios deben ser contados y revisados, para la depuración de datos, que posteriormente serán concentrados en las bases de datos diseñadas para tal efecto. Una vez que los datos se agrupan de acuerdo a cada variable definida, se procederá a la elaboración de cuadros y gráficas para su presentación y análisis.

d) Conclusiones y presentación de resultados

Para la presentación de resultados es conveniente organizar la información por temas y subtemas, utilizando los componentes definidos para el diagnóstico y escribiendo una síntesis de los principales hallazgos, que se visualizan en las gráficas y cuadros elaborados. Cuando se trata de datos cualitativos es importante presentar de manera resumida la información relevante, a manera de síntesis que recupere la información, sintetizando los textos originales, el equipo responsable debe ordenar la información para facilitar su utilización, con la utilización de cuadros.

Es importante elaborar un informe resumido en lenguaje sencillo para ser presentado en las comunidades, de modo que se devuelva la información a la población en general y a los actores clave que participaron en las actividades del diagnóstico. En el taller o asamblea comunitaria que se realice para la presentación de resultados se debe convocar a las autoridades municipales y personal de salud, con el propósito de involucrarlos en el análisis de la problemática y la definición de estrategias de solución. Con el análisis de resultados se establecen las conclusiones derivadas del diagnóstico situacional, que dará lugar a la identificación de prioridades para la acción, como primer paso para la planeación local participativa.

Esquema de Ruta Metodológica para el Diagnóstico Situacional



5. Ideas fuerza para la incorporación de los enfoques conceptuales en el diagnóstico situacional.

▪ El enfoque de derechos humanos

- ✓ Promover la participación activa de todos los actores sociales.
- ✓ Facilitar el derecho a participar de la población, para lo que deberán considerarse al momento de organizar el desarrollo de las actividades previstas para la recolección de información: i) que el día y horario se programen considerando las actividades de hombres y mujeres, ii) que el idioma utilizado sea la lengua materna de la población; iii) que la convocatoria de participación sea clara y oportuna.
- ✓ Respeto al derecho de integridad cultural con el reconocimiento, integración y respeto a sus propios sistemas médicos tradicionales
- ✓ Reconocer y respetar las concepciones en torno a la salud reproductiva y las necesidades sentidas de la población indígena.
- ✓ Identificar la situación en torno al ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el derecho a una maternidad sin riesgos con la identificación de las limitaciones en los servicios de salud para brindar una atención adecuada.

▪ La equidad de género

- ✓ Desagregar la información del diagnóstico por género, en las variables cuantitativas y cualitativas, lo que permita identificar no solamente los perfiles de salud reproductiva diferenciados, sino la visión y perspectivas de hombres y mujeres.
- ✓ Estimular la participación de hombres y mujeres sobre todo cuando las condicionantes culturales limitan la participación de hombres en temas de salud, por considerarse un tema de mujeres.
- ✓ Identificar las necesidades prácticas e intereses de hombres y mujeres relacionadas con la salud reproductiva.
- ✓ Considerar que el equipo de trabajo esté integrado por hombres y mujeres, ya que con frecuencia tanto los hombres como las mujeres de las localidades indígenas prefieren a personal de su mismo sexo, esto aumenta su participación y permite el levantamiento de información más completa y cercana a la realidad.
- ✓ Identificar roles diferenciados de hombres y mujeres en los procesos relacionados con la búsqueda de atención en salud reproductiva y emergencias obstétricas, de manera específica los obstáculos que enfrentan las mujeres para la solicitud de atención.
- ✓ Determinar la situación relacionada con la violencia de género

- **La interculturalidad**

- ✓ El diagnóstico situacional debe ser visto como un proceso de mutuo aprendizaje, donde los actores institucionales y comunitarios se reconozcan como poseedores de experiencias y conocimientos.
- ✓ Favorecer un diálogo abierto con los diferentes actores para facilitar la expresión de percepciones y prácticas tradicionales relacionadas con el cuidado y atención de la salud reproductiva.
- ✓ Respeto a los conocimientos y percepciones culturales de la población
- ✓ Reconocer y respetar las estructuras organizativas de las comunidades en todas las etapas del diagnóstico.
- ✓ Favorecer la participación de los diferentes sectores de la población.
- ✓ Recuperación de los saberes de las parteras.

Anexo 2

Herramientas Metodológicas para el Diagnóstico Situacional.

Anexo 2.A Entrevista a Profundidad Personal de los Servicios de Salud	
A. Recursos institucionales para la atención de salud reproductiva	
1.	¿Cuáles son los servicios para la atención de la salud reproductiva disponibles en la localidad? ¿Y en la región? Identificar recursos para la atención de segundo nivel.
2.	¿Considera que los servicios de salud reproductiva y los recursos disponibles son suficientes y adecuados para la población de las comunidades atendidas? Profundizar, preguntando porqué.
3.	¿Cuáles considera que son los principales problemas en la prestación de servicios de salud reproductiva a nivel comunitario y regional?
4.	¿Cómo han funcionado las actividades de promoción de la salud reproductiva y prevención de muerte materna?
5.	¿Cuáles son las principales limitantes en los servicios de atención de emergencias obstétricas que actúan como demoras?
6.	¿Cómo se pueden fortalecer los servicios de atención de salud reproductiva en comunidades indígenas?
B. Utilización de servicios de salud reproductiva	
7.	¿Cómo se da el uso de servicios de salud reproductiva en la comunidad?
8.	¿Cuáles considera que son los principales factores que limitan el uso de los servicios de salud reproductiva en la comunidad?
9.	¿Cómo se puede incrementar el uso de los servicios de salud reproductiva, de las mujeres, hombres y jóvenes?
10.	¿Cuáles son las principales limitantes en la utilización de los servicios de salud reproductiva que actúan como barreras para la búsqueda de atención ante emergencias obstétricas?
C. Calidad y accesibilidad de los servicios de atención de salud reproductiva.	
11.	¿Desde su punto de vista cuáles son los principales problemas relacionados con la calidad de la atención?
12.	¿Cuáles considera que son los principales factores que limitan el acceso de la población a los servicios de salud reproductiva?
13.	¿Cómo se puede mejorar la calidad de los servicios y el acceso de la población a las unidades de atención?
14.	¿Cómo y en qué aspectos adecuar la práctica institucional a las necesidades de atención de la población indígena?
15.	Respecto al trabajo de parteras y otros actores comunitarios vinculados a la medicina tradicional, que papel cumplen en la prevención de la mortalidad materna y la atención de la salud reproductiva.
D. Identificación de necesidades sentidas para el fortalecimiento de capacidades locales	
16.	¿Cuáles son las temáticas de capacitación que considera necesarias para mejorar la prestación de servicios de salud reproductiva?
17.	¿Cuáles son los factores limitantes de la práctica de atención que realizan las parteras y otros actores vinculados a la medicina tradicional que pueden estar actuando como barreras para la atención?
18.	¿Cuáles son las necesidades de capacitación de parteras y otros actores vinculados a la atención de la salud reproductiva, que contribuya a mejorar su práctica para la prevención de la muerte materna?
19.	¿Cuáles son las actitudes y prácticas culturales de la población que actúan como factores limitantes para la atención de la salud reproductiva y que pueden representar barreras para la búsqueda de atención ante emergencias obstétricas?
20.	¿Cuáles son las necesidades de educación de la población relacionada con la salud reproductiva y la prevención de la muerte materna, que ha podido identificar desde su práctica en los servicios de atención a la salud reproductiva en comunidades indígenas?

Anexo 2.B Análisis FODA con Personal de Salud

FODA es el acrónimo de las FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES y AMENAZAS.

- **Fortaleza:** aspecto positivo del medio interno de la institución.
- **Oportunidad:** aspecto positivo del medio externo de la institución.
- **Debilidad:** aspecto negativo del medio interno de la institución.
- **Amenaza:** aspecto negativo del medio externo de la institución.

El análisis situacional a partir la utilización de FODA posibilita la recopilación y uso de datos que permiten conocer el perfil de operación de los servicios de salud, y a partir de ello establecer un diagnóstico objetivo para el diseño e implantación de estrategias tendientes a mejorar la calidad de la atención. El análisis FODA, es una herramienta que favorece el desarrollo y ejecución de la planeación formal, es por eso que resulta conveniente que los responsables de las decisiones administrativas cuenten con un procedimiento para la elaboración de un diagnóstico situacional FODA, como el que aquí se sugiere, que facilita la toma de decisiones y el desarrollo de estrategias

A). Fortaleza. Identificaremos los aspectos clave en los que los servicios de atención de salud reproductiva muestran competencia, se traduce en aquellos elementos o factores en los que en términos generales se mantiene un buen nivel de desempeño, lo que generando efectos positivos en la calidad de la atención y en la prevención de la muerte materna, con posibilidades de mejora para el logro de objetivos. Las fortalezas pueden asumir diversas formas como: recursos humanos capaces y experimentados, con habilidades y destrezas importantes para la atención de la población en comunidades indígenas, recursos e infraestructura para la atención a nivel comunitario y regional, protocolos de atención y procedimientos de atención eficientes, aceptación de los servicios e imagen institucional positiva y reconocimiento de la población, convenios y asociaciones estratégicas entre las diferentes instituciones del sector salud, etc.

B). Debilidad. Significa una deficiencia o carencia, algo en lo que los servicios de salud reproductiva presentan bajos niveles de desempeño y por tanto es vulnerable, denota un problema ante las necesidades y demandas de atención de la población, con pocas posibilidades de transformación. Constituye un obstáculo para la consecución de los objetivos. Al igual que las fortalezas éstas pueden manifestarse a través de sus recursos, habilidades o competencias, tecnología, organización, insumos, equipo, normas y procedimientos, etc.

C). Oportunidades. Son aquellas circunstancias del entorno que son potencialmente favorables para los servicios de salud y pueden ser cambios o tendencias que se detectan y que pueden ser utilizados ventajosamente para alcanzar los objetivos.

D). Amenazas. Son factores del entorno que resultan en circunstancias adversas que ponen en riesgo el alcanzar los objetivos establecidos, pueden ser cambios o tendencias que se presentan repentinamente o de manera paulatina, las cuales crean una condición de incertidumbre e inestabilidad en donde las instituciones responsables de la prestación de servicios de salud reproductiva y el personal tiene muy poca influencia.

Para la realización del análisis FODA se utiliza la **matriz de consistencia horizontal**, a partir de un proceso participativo con el personal de salud, mediante lluvia de ideas.

Análisis	Positivo	Negativo
Interno	Fortalezas	Debilidades
Externo	Oportunidades	Amenazas

Anexo 2.C Guía Temática para el Foro Regional de Intercambio de Experiencias entre Parteras

Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> – Recuperar de forma participativa las percepciones en relación a la problemática de salud reproductiva de sus comunidades y de los servicios de atención de salud reproductiva. – Reconocer la problemática que enfrentan las parteras para realizar sus actividades de atención. – Identificar las necesidades sentidas para el fortalecimiento capacidades para la atención y conocer sus experiencias y percepciones relacionadas con la capacitación recibida de las instituciones de salud 	
Participantes:	Parteras registradas y no registradas en el padrón del sector salud de las comunidades incluidas en el universo de trabajo para la realización del estudio.	
Tiempo estimado	Tema	Técnica
30 minutos	Registro de participantes	
	a) Registrar la llegada de las parteras y entrega de gafete con datos de identificación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesa de registro
30 minutos	Inducción al Taller	
	<ul style="list-style-type: none"> a) Presentación de participantes. b) Explicación del objetivo del Foro c) Resaltar la importancia de la participación ordenada de todos. d) Favorecer la integración y empatía del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición oral
1 hora	Tema 1. La salud reproductiva en nuestras comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lluvia de ideas a partir de imágenes generadoras
1 hora	Tema 2. Nuestro trabajo como parteras <ul style="list-style-type: none"> a) La misión de las parteras, percibida por ellas mismas b) Problemas y necesidades compartidas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autorretrato ▪ Trabajo en equipos ▪ Trabajo en Plenaria
1 hora	Tema 3. Las necesidades y experiencias de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo en Plenaria ▪ Matriz de aprendizajes y saberes ▪ Lluvia de ideas
30 minutos	Tema 4. Evaluación y cierre del Foro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lluvia de ideas para evaluación grupal

Anexo 2.D Autopsias verbales

La autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que enferma hasta que fallece. Es una estrategia de vigilancia epidemiológica de gran utilidad en el quehacer de la salud pública, un instrumento de estudio del proceso enfermedad-atención-muerte. Consiste en el análisis oportuno de la mortalidad, mediante la recolección activa de los certificados y de las actas de defunción y las visitas a los hogares de las personas fallecidas, con el fin de corroborar la información que reposa en la historia clínica y de obtener nuevos datos. Con el análisis de esta información es posible identificar factores de riesgo, así como fallas en el sistema de salud, para que a nivel institucional se establezcan medidas correctivas, y a nivel local estrategias que permitan mejorar los procesos de atención.

El análisis de la mortalidad, además de un ejercicio histórico, se ha convertido en un instrumento de vigilancia epidemiológica y de evaluación oportuna de los programas de salud. La autopsia verbal ha sido usada para describir las causas de las muertes maternas, infantiles y de adultos por patologías infecciosas en los países donde los registros son deficientes y donde las causas del fallecimiento suelen estar mal consignadas. Se basan en entrevistas a la familia y a miembros de la comunidad que observaron incidentes relacionados con la muerte y podría ser la única información disponible, especialmente en el caso de las mujeres que dan a luz en sus hogares.

La autopsia verbal se realiza a través de una entrevista semi-estructurada que, combina preguntas abiertas y cerradas donde el entrevistado tiene la posibilidad de hablar sobre el tema propuesto sin respuestas o condiciones pre-elaboradas por el investigador. Este tipo de entrevista no requiere un orden estricto en la formulación de las preguntas, es decir, no existe una secuencia obligatoria de las preguntas y su formulación puede variar a términos más familiares

La guía de entrevista está orientada a indagar a los familiares de la materna fallecida sobre sus condiciones durante el embarazo, el parto y el posparto; si tuvo la oportunidad de compartirlo con ellos, sus percepciones y sentimientos en los momentos que rodearon el proceso salud-enfermedad-muerte y sus opiniones sobre la atención brindada en la institución de salud; y a detectar los obstáculos a los cuales se enfrentó la mujer en el camino a recibir tratamiento de emergencia; estos obstáculos o barreras fueron denominados demoras por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia en su propuesta de modelo para reducir la mortalidad materna:

1. Demora en tomar la de decisión de buscar atención.
2. Demora en llegar a la institución de atención.
3. Demora en recibir tratamiento adecuado en la institución de salud.

La autopsia verbal es indispensable para detectar los factores que intervienen en las demoras para la atención, y se constituye en algunos casos en la única fuente de información de que se dispone para el análisis. En conclusión, con la autopsia verbal se pretende reconstruir los factores personales, familiares, comunitarios y del sistema de salud que rodearon el fallecimiento de una mujer por causas obstétricas; es un complemento para la investigación de la mortalidad materna, pues documenta los factores culturales y sociales que pudieron intervenir en la muerte.

El formulario para la entrevista consta de dos secciones; la primera contiene en su mayoría preguntas cerradas, muchas de ellas corroboran los datos que se tienen en la historia clínica; la segunda parte es de preguntas abiertas donde el entrevistado habla libremente, sin interrupciones. Allí tiene la posibilidad de describir lo que conoce del suceso y de expresar sus sentimientos, percepciones y emociones. La entrevista se inicia con una introducción donde se explica el objetivo y se hacen algunas preguntas sobre la mujer y su historia reproductiva con el fin de ir creando un clima de confianza con quien responde.

En el momento de la entrevista, el profesional de la salud informa al entrevistado que siempre que fallece una mujer por causas relacionadas con la gestación el caso debe ser estudiado, que se busca identificar los problemas que tuvieron las mujeres durante sus embarazos o en la atención de los partos, que pudieron llevarlas a la muerte, con el fin de mejorar la atención en salud. Se le explica que se le van a hacer una serie de preguntas, que el tiempo es de aproximadamente 45 minutos, que es importante que él o ella trate de recordar todo lo sucedido en la gestación y alrededor de la terminación de la misma; que él o ella va a sentir tristeza y angustia al recordarlo, que para él o ella no representa esta entrevista ningún beneficio, pero que se espera que los resultados del análisis y las acciones que se emprendan contribuyan a evitar que otras mujeres mueran por causas similares.

Si la persona accede a ser entrevistada se le pide autorización para grabar la entrevista, se le explica que se necesita tener toda la información que él o ella pueda brindar y que es muy difícil escribirlo todo; además, que es mejor estar conversando tranquilamente y no estar pendiente de ir escribiendo en un papel. Generalmente el informante está ansioso por hablar y contar lo que ocurrió, por lo que es importante que la persona entrevistada sienta que el entrevistador está interesado en conocer con precisión lo que ocurrió, sin hacer ningún comentario respecto a sus apreciaciones sobre la atención en salud que le fue brindada a la gestante. Si el relato es lo suficientemente exhaustivo y da respuesta a todas las preguntas que se tienen en la guía, en forma hilada y coherente que permitan captar el proceso enfermedad-atención-muerte, se da por finalizada la entrevista, agradeciendo el tiempo y la confianza brindados por el entrevistado.

Una vez realizada la entrevista se debe hacer su transcripción de forma fidedigna, tratando de dejar constancia de los silencios, expresiones no verbales y demás observaciones que se hicieron en el diario de campo. En el caso de que el entrevistado se tome un tiempo contando historias que no son afines al objetivo de la entrevista, esto se debe omitir en la transcripción.

Investigación cualitativa para la autopsia verbal.

1. ¿A qué se dedicaba...?
2. ¿Tenía hijos? ¿cuántos? ¿de qué edades?
3. ¿Hasta qué año estudió?
4. ¿Con quién vivía?
5. Hábleme de... ¿cómo se encontraba antes de acudir al hospital?
6. ¿Cuénteme por qué decidió acudir a consulta?
7. ¿Y qué más pasó ese día?
8. ¿En qué momento usted pensó que lo que pasaba no era normal?
9. ¿Cuándo supo usted que ella se encontraba mal?
10. ¿Qué hicieron cuando ella estaba mal?
11. Hábleme de la atención recibida en los servicios de salud, ¿tuvieron dificultades? ¿Qué opinión tiene usted del hospital?
12. O en su caso: ¿Por qué tuvo el parto en la casa?
13. ¿De qué le dijeron que se murió?
14. ¿A qué causa le atribuye usted la muerte?
15. ¿Usted piensa que la muerte de.... se pudo haber evitado? ¿Cómo?

Fuente.

***La autopsia verbal: Reconstruyendo la historia de una muerte materna
María Isabel Lalinde Angel***

Anexo 2.E Grupos Focal o de Enfoque

¿Qué es un grupo focal?

Un grupo focal es un grupo pequeño de discusión el cual está guiado por un líder entrenado. Este grupo es usado para conocer más acerca de opiniones sobre un tema designado y posteriormente para guiar una acción futura.

Un grupo focal es diferente en tres vías básicas:

1. La diferencia principal es que está enfocado. El grupo tiene un tema específico de discusión. La tarea del grupo es permanecer centrado en ello y no dispersarse en otros asuntos.
2. El grupo tiene un líder entrenado o facilitador. El trabajo de éste es mantener al grupo en su curso.
3. La composición del grupo y la discusión del grupo son planeados cuidadosamente para crear un ambiente no amenazante en el cual las personas son libres de hablar abiertamente. Se anima activamente a los miembros para expresar abiertamente sus opiniones y responder a las preguntas de otros miembros, así como a las preguntas formuladas por el líder.

Ya que el grupo focal está estructurado y dirigido, siendo al mismo tiempo expresivo, puede proporcionar mucha información en corto tiempo.

¿Por qué son usados los grupos focales?

El grupo focal ayuda a las personas a aprender más acerca de opiniones y necesidades de la comunidad.

A ese respecto, ellos son parecidos a las encuestas de evaluación de necesidades.

¿Cuándo se debe usar un grupo focal?

1. Cuando se considera la presentación de nuevos programas de intervención o servicios.
2. Cuando el principal interés es una profunda opinión o es un matiz de opinión, más que simplemente el acuerdo o desacuerdo de las personas.
3. Cuando se desea hacer preguntas que no puedan ser fácilmente contestadas o bien preguntadas en una encuesta.
4. Cuando se requiere complementar el conocimiento que se puede encontrar en encuestas de papel y lápiz.
5. Cuando se sabe o se puede encontrar a alguien con experiencia y práctica en un grupo.
6. Cuando se tiene el tiempo, conocimiento y recursos para captar a un grupo voluntarioso de participantes.

El grupo focal no es necesario para cada situación social, pero puede ser útil en muchas situaciones donde la acción debe ser guiada por la opinión pública.

Los pros y contras de los grupos

¿Se deberían obtener opiniones de los grupos o de los individuos? Los grupos focales son por supuesto, grupos. Sin embargo la mayoría de las encuestas cubren una persona a la vez. Una ventaja de los grupos focales es la profundidad y complejidad de la respuesta, como se mencionó antes. Además, los miembros del grupo pueden estimular nuevos pensamientos en otros, lo que podría no haber ocurrido de otro modo.

Pero también hay desventajas. Por ejemplo los grupos focales usualmente requieren más tiempo por persona que las encuestas individuales, debido a que el grupo tiene que ser reclutado y a que el grupo por sí sólo requiere tiempo. Algunos miembros del grupo pueden tener problemas para hablar abiertamente.

Por supuesto, también es posible combinar las ventajas de ambos métodos y entrevistar a una persona a la vez, con profundidad. Pero esto requiere de mayor tiempo y recursos.

Considere su propia situación:

- ⇒ ¿Cómo se pueden intercambiar estos factores?
- ⇒ ¿Cuál es la mejor solución para Usted?
- ⇒ ¿Cómo realizar el trabajo con un grupo focal?

Antes de empezar:

1. Revise sus metas. Pregunte:

- ⇒ ¿Por qué deseo conducir un grupo focal?
- ⇒ ¿Por qué hago esto?
- ⇒ ¿Qué espero aprender?

2. Considere otros métodos

- ⇒ ¿Planea usar otros métodos también para obtener información acerca de las opiniones?

Si responde que sí: ¿cuáles y por qué?

Si responde que no: ¿es este el mejor método para averiguar lo que desea?

3. Defina quien será el facilitador o facilitadora.

Este no es un asunto sin importancia. La persona que facilite el trabajo con el grupo focal, determinará el éxito de su grupo. ¿Qué clase de facilitador desea? Probablemente alguien que:

- ✓ Tenga experiencia facilitando grupos.
- ✓ Conozca sobre el tema
- ✓ Se relacione bien con los participantes del grupo focal
- ✓ Trabaje con usted para darle los resultados que desea

En ocasiones es posible que se pueda encontrar al facilitador correcto dentro del propio equipo de trabajo. Es posible que usted pueda hacer el trabajo sólo (pero no sobreestime o subestime sus propias habilidades). Dependiendo de la situación podría considerar el buscar a alguien fuera de su organización, alguien que se especialice en dirigir esta clase de grupos.

4. Encuentre a alguien que registre la información. Un punto pequeño, pero importante, a menudo descuidado. Asegúrese de que las ideas de la gente no se pierdan. Alguien deberá estar escribiendo lo que se dice, de la misma forma que registrando durante una reunión. Prepare esto con anticipación. De modo alternativo, podría usar una grabadora, con el permiso del grupo. En este caso tomará más tiempo transcribir la grabación e interpretar la transcripción, pero usted tendrá un registro más completo, exacto y permanente.

5. Decida como estará integrado su grupo focal. Si trabajará con varios: por ejemplo, grupo focal de parteras, grupo focal de hombres, grupo focal de mujeres, etc. En general se recomienda organizar varios grupos, para fortalecer la participación de todos los actores.

6. Acuerde con los actores sociales que participaran en los grupos focales: ¿Qué día? ¿En qué lugar? ¿A qué hora? ¿Por cuánto tiempo? ¿Quiénes?

7. Prepare sus preguntas o Guía de Trabajo.

Cuando usted llegue al el grupo, usted debe ir preparado. Es importante escribir con anticipación una lista de los temas y preguntas que quiere realizar. Esto no significa que recitará preguntas una por una. Su lista de preguntas es una guía, más que un guión exacto, sin embargo tenga esta lista con usted.

Cuando el grupo se reúna.

10. Conduzca el grupo.

- ⇒ Agradezca a la gente por su asistencia.
- ⇒ Revise el propósito del grupo y las metas de la reunión. Establezca el escenario.
- ⇒ Hable acerca de como fluirá la reunión, cómo se procederá y cómo pueden contribuir los miembros del grupo. Establezca las reglas y motive la participación abierta.
- ⇒ Asegúrese de que todas las opiniones acerca de la pregunta tienen oportunidad de ser escuchadas

Algunas técnicas comunes

- a) Resuma lo que escuchó y pregunte al grupo si está de acuerdo.
- b) Haga la misma pregunta de forma diferente (reformule).
- c) Pregunte si alguien tiene algún otro comentario acerca de la pregunta.
- d) Formule una pregunta de seguimiento.
- e) Mire alrededor, haga breve contacto visual, especialmente con aquellos que no han hablado.

Después de la reunión

11. Revise los datos.

Si usted ha grabado la sesión haga una transcripción. Si no es así escriba un resumen de las notas del grupo. Pero en cualquier caso, revise cuidadosamente la información que ha recabado.

¿Qué patrones surgieron? ¿Cuáles son los temas comunes? ¿Qué nuevas preguntas surgieron? ¿Qué conclusiones parecen ciertas?

Trate de tener más de una persona para revisar los resultados de manera independiente. Después reúnanse para comparar sus interpretaciones y conclusiones. Discuta y analice los resultados con el equipo de trabajo, y posteriormente con cada uno de los Grupos Focales. Lo que puede ser el primer paso de la Planeación Participativa.

Adaptado de la Guía de Estudio Semipresencial del Taller "Metodologías para la Sistematización de Experiencias. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Rafael Landívar. Guatemala

Anexo 2.F Guía Metodológica para el Trabajo con Grupos Focales		
Inducción:	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de moderador y participantes. - Explicación del objetivo de la actividad y la dinámica de trabajo. - Resaltar la importancia de la participación ordenada de todos. - Favorecer la integración y empatía del grupo. 	
Discusión Temática	Con base en una guía temática realizar las preguntas generadoras, con apoyo de herramientas didácticas para favorecer la participación.	
Tiempo	Tema	Técnica
1 hora	Tema 1. La salud reproductiva y los recursos para la atención en el contexto comunitario	
	a) Características y problemática de la salud reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lluvia de ideas, para la identificación de determinantes socioculturales
	b) Identificación de actores clave, articulación y convergencia de redes y recursos para la atención <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo lograr mejores resultados en los servicios a la población con la coordinación entre la medicina institucional y la tradicional? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lluvia de ideas para la construcción grupal de mapa de actores, de relaciones y recursos para la atención.
1 hora	Tema 2. Calidad, accesibilidad y utilización de los servicios de salud reproductiva	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son los principales problemas de los servicios de atención de salud reproductiva? ▪ ¿Cuáles son las principales limitantes para la utilización de los servicios de salud reproductiva? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lluvia de ideas.
30 minutos	Tema 3. Necesidades y demandas de atención	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué necesitamos para mejorar las condiciones de salud reproductiva de la población de nuestras comunidades? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lluvia de ideas.
30 minutos	Tema 6. Evaluación y cierre de la sesión de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lluvia de ideas para evaluación grupal

III. Guía Metodológica para la Planeación Participativa.

1. ¿Por qué es importante la planeación participativa?

El Modelo para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas se suscita en el marco de los procesos impulsados en el sector salud para desarrollar “Servicios de Salud Culturalmente Competentes”¹⁶ lo que constituye una oportunidad para la incorporación de estrategias contempladas desde una perspectiva social y antropológica, para impulsar la participación de la población en todas las etapas de la provisión de servicios de salud, incluyendo la planificación de acciones a desarrollar.

Sin embargo, planificar procesos que implican cambio social o institucional siempre es una tarea desafiante y salpicada de incertidumbre. Para que las iniciativas de atención a la salud reproductiva con enfoque intercultural, produzcan cambios positivos, es necesario que tanto el grupo destinatario como el equipo técnico comprendan el proceso y se comprometan con él; para lo que se hace necesario el diálogo, la reflexión y el análisis de las necesidades de la población para definir las estrategias a implementar.

En este contexto la Planeación Participativa como parte del proceso de gestión del Modelo, permitirá apoyar la toma de decisiones, ofreciendo los elementos necesarios para establecer en forma colectiva el camino que se debe recorrer, para adecuarse a las necesidades de atención y a las demandas de los diferentes actores sociales, y lograr la mayor eficiencia, eficacia, calidad en los servicios que se proveen.

La Planificación Participativa como componente fundamental del Modelo, permite construir colectivamente la visión de futuro que se quiere lograr en torno a la situación de salud reproductiva identificada en el diagnóstico y en los servicios de salud que se ofrecen, priorizando las acciones a desarrollar, para la construcción de una agenda local a partir de los intereses de todos los actores involucrados en el proceso.

La planeación en el Modelo, debe ser entendida entonces, como un proceso colectivo e incluyente del conocimiento social y del personal institucional, como fenómeno que incide en la transformación de los servicios locales de atención a la salud reproductiva, a través de los comportamientos que estructuran las prácticas médicas y de promoción de la salud, esto es la planeación participativa debe partir de la posibilidad de incidir en cambios en la prestación de servicios.

Este es el sentido de lo colectivo en la planeación, que se plantea como parte de una validación de los componentes del Modelo, motivado en sí mismo, por los enfoques

¹⁶ Definimos Unidades de Salud y redes de servicios "Culturalmente Competentes" a aquellas en el que intencionadamente promueven ambientes positivos y de atención a los usuarios y pacientes incorporando información acerca de los servicios que se otorgan, requisitos para obtener los servicios; cuenta con personal técnicamente capacitado y que promueven actitudes respetuosas y de servicio. Fuente: Secretaría de Salud. Servicios Culturalmente Competentes. www.dgplades.salud.gob.mx/.../Servicios Culturalmente Competentes.

conceptuales y principios metodológicos definidos, que implican integración de la población al desarrollo de estrategias y acciones, a partir de la participación consciente y comprometida.

La participación en este sentido, no debe ser mirada con los ojos instrumentales del sistema de atención, sino con una mirada de construcción e integración de servicios de salud interculturales, a partir de la construcción de relaciones entre actores institucionales y comunitarios; son los significantes de estas nuevas relaciones, los que determinarán la gestión de estrategias desde los enfoques propuestos y en el caso de la Planeación Participativa, la capacidad y el compromiso para identificar, comprender, y reconocer las necesidades, actitudes y prácticas relacionadas con la salud reproductiva, con lo que se pueda acotar el problema de acceso cultural a los servicios e iniciar un proceso de credibilidad y confianza entre los diferentes actores.

2. Objetivos de la planeación participativa.

- Impulsar un proceso colectivo para la toma de decisiones desde una perspectiva crítica y consciente, que permita el análisis de las causas de la situación de salud reproductiva, la identificación y priorización de soluciones y la definición de las acciones a desarrollar con la corresponsabilidad de todos los actores involucrados en la gestión del Modelo.
- Promover la apropiación de los procesos de toma de decisiones de los actores sociales, organizaciones de base y redes comunitarias existentes, que contribuya al fortalecimiento de su capacidad de resolución de los problemas relacionados con la atención de la salud reproductiva y prevención de muerte materna y a su empoderamiento.
- Construir un Plan de Acción como instrumento orientador de las acciones a desarrollar, para alcanzar los objetivos propuestos por el Modelo, que integre la visión y necesidades de la población en el ámbito de salud reproductiva, y que facilite la articulación de actores comunitarios y prestadores de servicios.

3. ¿Quiénes participan en la planeación participativa?

La construcción de un Plan de Acción a partir de la discusión de los resultados del Diagnóstico Situacional, como ejercicio participativo que incluya iniciativas para la atención de la salud reproductiva de la población, a corto, mediano y largo plazo, definidas a través de la negociación de los diferentes actores involucrados en el proceso de gestión del Modelo en un contexto comunitario determinado, requiere en primera instancia de la participación de todos los actores sociales vinculados al contexto comunitario e institucional, entre los que se incluyen: médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares y promotores de salud, parteras, médicos tradicionales, autoridades comunitarias y municipales, grupos o sectores de la población y otros actores clave.

Los procesos de planificación en salud son procesos complejos cuyos resultados dependen en gran parte de la capacidad técnica y competencias para el desarrollo de metodologías participativas, de los responsables de su ejecución. Por lo que la ejecución del proceso de Planeación Participativa como componente del Modelo, requiere de la definición de un equipo multidisciplinario, con conocimientos específicos en técnicas de planificación participativa y con una visión global del sistema de salud, con capacidad de concertar y articular las demandas de la población con los compromisos y responsabilidades institucionales, desde una visión crítica y responsable, que oriente el desarrollo de las diferentes fases y actividades propuestas para la planeación. Así, de la misma forma que en el Diagnóstico Situacional, el equipo de trabajo en coordinación con el Grupo Técnico Estatal habrá de definir la integración de un equipo externo o interno, responsable de la ejecución de este componente del Modelo.

Antes de iniciar con el proceso de planeación será importante que el equipo se organice, a fin de delimitar funciones para la integración del Plan de Acción, respondiendo preguntas básicas: ¿quién facilita la discusión?, ¿quién recoge las ideas?, ¿quién presenta los insumos relacionados con la información obtenida del diagnóstico situacional?, ¿quiénes deberán asumir la ejecución de las propuestas?, ¿qué actores o grupos de interés deberán participar en el proceso de planeación? La respuesta a estas interrogantes serán definitivas para la organización del proceso de planeación, así como para la convocatoria de los participantes y la definición de responsabilidades.

Considerando la experiencia y capacidades de los integrantes del equipo responsable de la Planeación es importante nombrar un facilitador para cada una de las actividades propuestas para la planeación; cuyo papel será fundamental en el proceso a seguir, ya que tendrá la responsabilidad de promover la participación del grupo, orientar las discusiones, ordenar las ideas y propiciar la toma de acuerdos. Por lo que el facilitador deberá tener aptitudes, habilidades y experiencia en manejo grupal y sobre todo interés en asumir esta función.¹⁷

De igual forma el papel de un relator dentro de un grupo de planeación es importante, porque permite recoger los principales insumos del plan, “las ideas”, que los participantes emitan respecto al tema o problema de interés. El relator o relatora del proceso, rescatará las principales aportaciones del grupo para convertirlas en ejes de análisis, que el facilitador retomará para construir la propuesta. Es el relator quien integra la información generada a partir de la participación de todos los actores, lo que permitirá hacer un análisis e interpretación que facilite la elaboración del plan de trabajo para la gestión de actividades.

El papel del equipo responsable de facilitar el componente de planeación, es fundamental si consideramos que se trata de un proceso de negociación de los diferentes actores, que

¹⁷ Ver anexo 3: Herramientas Metodológicas “Manual del Facilitador”

implica arreglos institucionales y comunitarios, para la participación. En este sentido es importante que se considere la existencia de diferentes perspectivas, intereses y necesidades de los diferentes grupos o sectores de población, presentes en una comunidad. Por ejemplo las necesidades de las parteras, pueden ser específicas y diferentes a las de las autoridades o grupos de jóvenes, de igual manera las necesidades de las mujeres son diferentes a las de los hombres. Lo importante en la planeación participativa es recoger la visión de cada grupo, por lo que la metodología propuesta para la planeación se basa en el desarrollo de actividades diferenciadas por sector de la población, que permita la elaboración de un Plan de Acción donde se vean reflejados los intereses o demandas de todos los actores sociales.

4. Ruta metodológica para la planeación participativa.

La Planeación Participativa como actividad vinculada a la gestión, implica un proceso continuo que parte del análisis de la situación, continúa con la definición y priorización de acciones, para la elaboración de un plan de trabajo, que lleve a la ejecución y seguimiento de las acciones planeadas y su evaluación; con lo que se genera nuevo proceso de planificación, que permite modificar e incorporar líneas de acción a partir de la experiencia de los actores en la aplicación de las estrategias inicialmente definidas en la planeación.

El diseño del Plan de Acción Comunitario se realiza después del Diagnóstico Situacional, y permite la discusión de los objetivos y estrategias a desarrollar en cada uno de los componentes del Modelo, así como la definición de acciones en una secuencia y un tiempo determinado, con el enunciado de resultados esperados y la identificación de los recursos necesarios, de personal, equipo, instalaciones, materiales educativos y otros insumos. El Plan de Acción es una herramienta de trabajo, que vincula los objetivos con las estrategias y los recursos necesarios, con la definición de responsabilidades para cada uno de los socios vinculados al proceso de gestión del Modelo.

En el Modelo se distinguen tres fases para la planeación: a) Diseño y Planificación del Proyecto; b) Planeación Participativa Comunitaria y c) Reformulación y Ajuste.

a) Diseño y planeación del proyecto.

La primera etapa de planeación corresponde a la etapa de diseño y planificación de una propuesta inicial, que permite generar una visión e interés común entre actores institucionales, para elaborar una propuesta de trabajo integral. En esta etapa se establece el diálogo y negociación a varios niveles de la esfera política y del sector salud, a partir de la problemática estatal o regional de salud reproductiva, para definir objetivos y estrategias preliminares para la acción.

Esta primera etapa de planeación, constituye el momento de inicio del proceso de gestión de la experiencia, que nace de la voluntad de un grupo de personas para impulsar el desarrollo de una acción colectiva, que busca desarrollar una propuesta conceptual y metodológica para la atención de la salud reproductiva en comunidades indígenas. Se considera como una etapa preparatoria, en la que se establecen los arreglos

institucionales y una primera propuesta de acciones, a partir del análisis de las condiciones de salud de la región y de la problemática de los servicios de atención de salud reproductiva.

Este primer análisis se logra a partir de la información disponible de registros, informes y estadísticas, complementada con la visión y experiencia de los directivos y técnicos de las instituciones involucradas en el proceso. Este proceso participativo de reflexión y construcción colectiva de un Documento Base del Proyecto a desarrollar, permite que los equipos de trabajo que estarán vinculados a la ejecución de la propuesta se involucre directa y activamente lo que contribuye al fortalecimiento de capacidades institucionales locales, que inciden positivamente en el cumplimiento del propósito de mejorar la calidad de atención de la salud reproductiva de la población indígena.

En la primera parte del documento, se describe esta primera etapa de planeación, en el apartado referido a las etapas del Modelo.

b) Planeación participativa

La Planeación Participativa a nivel Comunitario implica la validación de la propuesta preliminar de acciones y estrategias planteadas en el Documento Base, a partir de la discusión y priorización de la problemática identificada en el Diagnóstico Situacional, lo que permitirá que los actores tomen conciencia de las condiciones del contexto en el ámbito de la salud reproductiva de la población y los servicios de atención, para el análisis y formulación de propuestas para la acción.

El análisis de resultados del diagnóstico implica la devolución de la información a todos los actores sociales e institucionales que participaron en el proceso para la obtención de datos, para lo que se debe elaborar una presentación resumida de los principales hallazgos. A partir de esta información se realizará una priorización de problemas, de acuerdo a las necesidades sentidas de la población, con el análisis de causas y efectos, para la definición de estrategias a desarrollar. Finalmente se toman acuerdos para la realización de acciones viables en el corto y mediano plazo, que lleven a los resultados esperados, para lo que se debe tomar en cuenta como parte del análisis los recursos necesarios para el desarrollo de las estrategias y acciones propuestas.

Para el desarrollo de esta segunda etapa de planificación se propone la realización de asambleas comunitarias, grupos focales y reuniones de trabajo, para favorecer la recuperación de la visión de todos los actores sociales, y la toma de acuerdos que impliquen la corresponsabilidad en la gestión de estrategias. En cuanto a la metodología a utilizar, se propone la realización de Talleres de Planeación Participativa¹⁸, y el Enfoque de Marco Lógico¹⁹ como herramientas para el análisis de problemas y estrategias y para la presentación de los resultados de la planeación en forma concentrada.

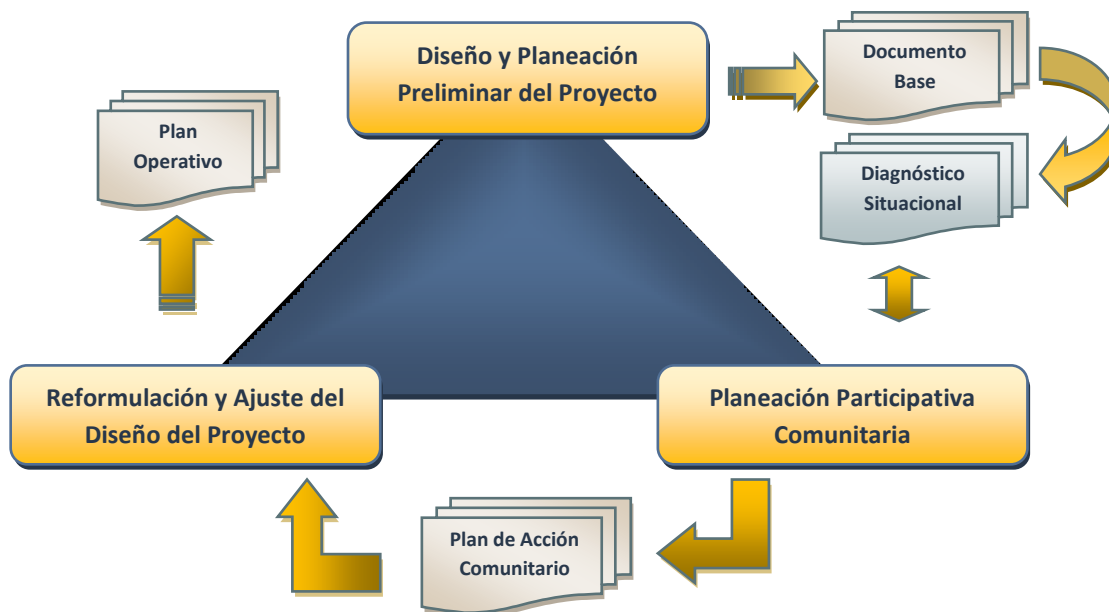
¹⁸ Anexo 3. Herramientas para la Planeación Participativa. Taller de Planeación.

¹⁹ Anexo 1. Primera Parte del Documento. Metodología de Marco Lógico.

En esta etapa de la planeación, se propone el desarrollo de procesos de planificación participativa en cada una de las localidades incluidas en el universo de trabajo, a partir de la realización de talleres con grupos focales integrados por actores clave, que lleven a la elaboración de un Plan de Acción Comunitario²⁰ que contemple acciones para cada uno de los componentes del Modelo:

- i) Plan de Acción para la Organización y Participación Comunitaria
- ii) Plan de Acción para la Comunicación Social
- iii) Plan de Acción para el Fortalecimiento de Capacidades
- iv) Plan de Acción para la Adecuación Intercultural de los Servicios de Salud Reproductiva
- v) Plan de Acción para el Monitoreo y Evaluación

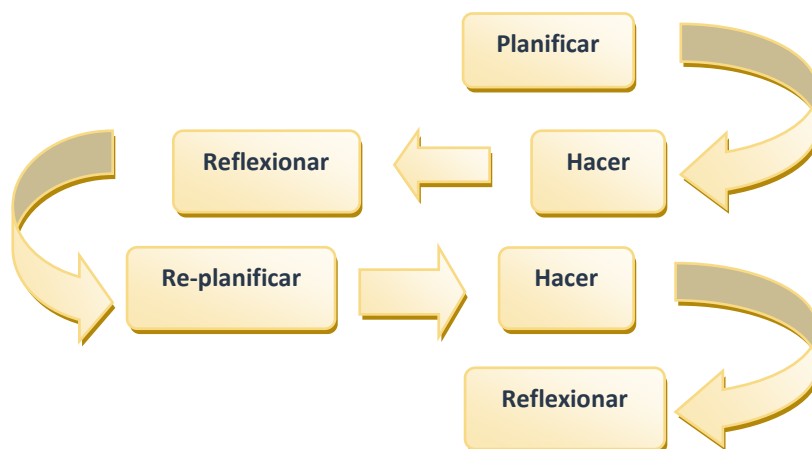
En la práctica se podrán elaborar diferentes planes de acción, que den cuenta de las agendas específicas acordadas con cada sector de la población, como puede ser el caso de la necesidad de desarrollar un Plan de Acción para la Prevención de la Muerte Materna. El desarrollo de Planes de Acción Comunitaria facilitará la elaboración de planes de trabajo concretos y realistas para la ejecución de las acciones propuestas para cada uno de los componentes del Modelo. Para esto, el equipo técnico deberá realizar un ejercicio participativo para la integración de un Plan de Trabajo Anual y los ajustes al Documento de Proyecto, que permitan integrar en un documento la visión, objetivos y estrategias a desarrollar como parte de un proyecto integral, con la definición de resultados esperados que permitan el diseño de un sistema de seguimiento y monitoreo que facilite la identificación de avances y problemas en la ejecución, para realizar los ajustes estratégicos necesarios.



²⁰ Anexo 3. Plan de Acción Comunitario.

c) Reformulación y ajuste del diseño del proyecto.

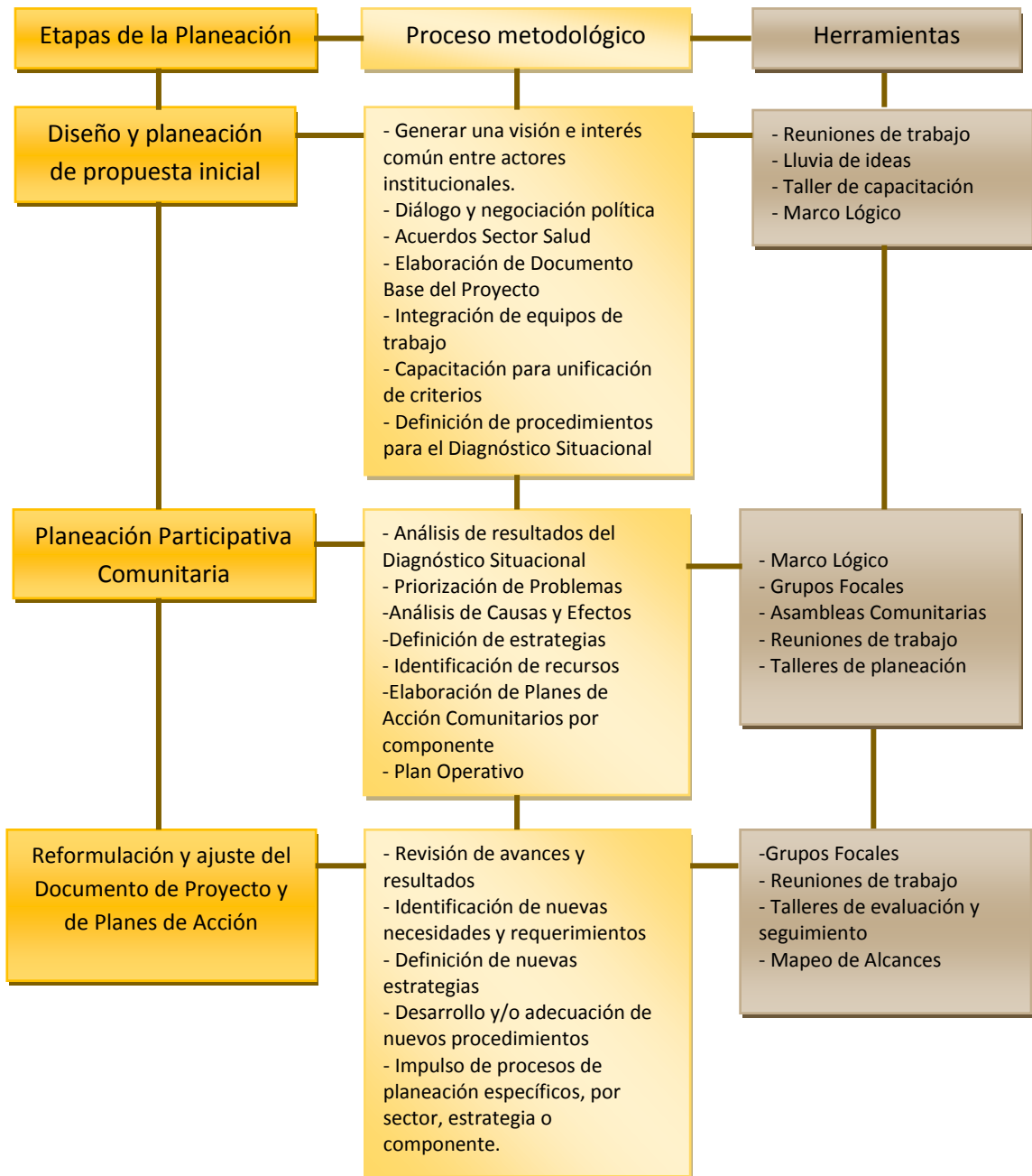
Es en la tercera etapa de la planificación cuando se realizan los ajustes estratégicos en el documento del proyecto, a partir de la Planeación Participativa, primero y posteriormente una vez realizada la ejecución de acciones, con la revisión de avances y resultados de las estrategias desarrolladas, en esta etapa puede ser útil el uso de la metodología de Mapeo de Alcances²¹. En esta etapa los Planes Comunitarios son reelaborados o ampliados, al generarse nuevas necesidades y requerimientos de los actores a partir los procesos desarrollados, lo que implica la planeación y ejecución de nuevas estrategias y procedimientos, que fortalezcan el cumplimiento de objetivos inicialmente propuestos; y eventualmente el desarrollo de procesos de planeación específicos, como son los Planes de Trabajo de las Redes Comunitarias, los Planes de Capacitación o los Planes Operativos Anuales. En este marco, la planificación y la ejecución del Modelo se propone como: “una espiral experimental de aprendizaje”



En suma la Planeación Participativa debe entenderse como un proceso de largo plazo, que se desarrolla a partir de diversas estrategias y en diferentes momentos, es importante tener presente que un Plan de Acción no se obtiene a partir de un solo evento de planeación, en tanto que se trata de un proceso social, que requiere de consensos para actuar en una realidad concreta en la que intervienen múltiples factores, que interactúan y se influyen entre sí, por lo que hablamos de un proceso en sí mismo dinámico. Es importante considerar además, que el fortalecimiento o creación de confianza entre los actores comunitarios e institucionales, que facilite el diálogo, se genera a partir de los diferentes encuentros, que le permiten a la población constatar la posibilidad de beneficios, resultantes del cumplimiento de acuerdos generados como parte del proceso de planificación participativa.

²¹ Anexo 3. Mapeo de Alcances.

Esquema de Ruta Metodológica para la Planeación Participativa



5. Ideas fuerza para la incorporación de los enfoques conceptuales en la planeación participativa.

▪ El enfoque de derechos humanos.

- ✓ Promover la participación activa de todos los sectores de la población, asegurándonos que están representados todos los grupos en la toma de decisiones.
- ✓ Garantizar el derecho a comprender y hacerse comprender en todas y cada una de las etapas del proceso de planeación, para lo que se debe limitar el uso de lenguaje escrito, cuando la mayoría de los participantes no sabe leer y escribir, recomendándose el uso de técnicas orales y gráficas que faciliten la comprensión, además del apoyo para la traducción del español a la lengua materna y viceversa.
- ✓ Facilitar el derecho a participar de la población y del personal de salud, para lo que deberán tomar acuerdos relacionados con horarios y días en que se realizarán las actividades de planeación.
- ✓ Promover el reconocimiento e integración de la visión y demandas de la población en los Planes de Acción, respetando su derecho a la integridad cultural con la inclusión de acciones encaminadas al fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales.
- ✓ Garantizar que el principio de consentimiento previo, libre e informado de los pueblos indígenas se aplique en el proceso de planeación de las acciones y estrategias para la atención de la salud reproductiva contempladas en el Modelo.
- ✓ Propiciar un diálogo que permita identificar las acciones y estrategias adecuadas, en una atmósfera de respeto recíproco, que garantice una participación plena y equitativa de la población.

▪ La equidad de género

- ✓ Impulsar la participación activa de las mujeres en el proceso de planeación que promueva la reflexión, el análisis y el auto-reconocimiento de su situación de salud reproductiva, para la generación de propuestas de acción consensuadas.
- ✓ Establecer la inclusión de acciones que respondan a las necesidades sentidas de las mujeres y que contribuyan al ejercicio pleno de sus derechos reproductivos.
- ✓ Identificar y planificar los recursos humanos y materiales, necesarios para la ejecución de acciones encaminadas a mejorar las condiciones de salud reproductiva de las mujeres y que promuevan una mayor equidad.
- ✓ Promover y legitimar ante la comunidad la participación de las mujeres en espacios de decisión y diseño de estrategias de políticas públicas.

- ✓ Considerar que en el equipo de trabajo responsable de la planeación participen mujeres, ya que con frecuencia las mujeres de las localidades indígenas prefieren a personal de su mismo sexo, lo que contribuye a una mayor participación.
- ✓ Propiciar la discusión e inclusión de estrategias para atender la violencia de género en el Plan de Acción.

▪ **La interculturalidad**

- ✓ La planeación participativa debe ser vista como un proceso de mutuo aprendizaje, que permita articular la visión técnica y las percepciones, prácticas y necesidades sentidas relacionadas con la atención de la Salud reproductiva.
- ✓ Favorecer un diálogo abierto con los diferentes actores para facilitar la discusión y análisis de la problemática en torno a la salud reproductiva.
- ✓ Considerar los determinantes culturales en la propuesta y definición de estrategias.
- ✓ Favorecer el intercambio horizontal de experiencias y saberes en la construcción colectiva del Plan de Acción.
- ✓ Promover la participación de organizaciones de base y la recuperación de sus experiencias en la definición de acciones y procedimientos del Plan de Acción.

Anexo 3

Herramientas Metodológicas para la Planeación Participativa.

Anexo 3.A MANUAL PARA FACILITADORES

EL FACILITADOR O LA FACILITADORA

- ✓ Es la persona que promueve, facilita y acompaña procesos de mutuo aprendizaje y formación.
- ✓ Es quien motiva la participación activa de los integrantes de un grupo, creando las condiciones necesarias para discutir, analizar y tomar acuerdos sobre un determinado tema, de manera tal que se logren los objetivos que se han propuesto.
- ✓ El facilitador(a) acompaña al grupo en su trabajo, pero cuando es necesario, también propone y sugiere; sin perder de vista que los actores principales son los participantes.

1. ACTITUDES DEL FACILITADOR O FACILITADORA

Las actitudes del facilitador(a) son tan importantes como los contenidos o temas que se trabajan. Las personas aprendemos no solamente de lo que nos dicen (transmisión de conocimientos) sino también de la manera como nos lo dicen. Por ello es de suma importancia que el facilitador(a) desarrolle y promueva las siguientes actitudes:

Saber Escuchar: Es importante propiciar un ambiente adecuado, en el cual podamos escucharnos, es decir, escuchar a nuestros compañeros de trabajo y escuchar al facilitador(a). Escuchar implica hacerlo con atención y disposición, sin juzgar a la persona que está hablando ni lo que dice, escuchar es también preguntar si no hemos entendido bien lo que nos quieren decir y escuchar es poder identificar y resumir de manera objetiva los aspectos más importantes de las intervenciones.

Ser Respetuoso y Tolerante: Es necesario reconocer que todas las personas tenemos una serie de conocimientos y experiencias de las que podemos aprender y a partir de ello enriquecer nuestros conocimientos. En este marco, el facilitador(a) juega un rol muy importante en los procesos de aprendizaje, debate, decisión y concertación; por eso es necesario que se valoren y respeten las opiniones, necesidades, acuerdos y sentimientos de las personas que participan en los talleres; aunque no estemos de acuerdo con ellas.

Ser Concertador: En la realización de un taller es importante propiciar la participación de sus integrantes, motivar para que haya una participación activa de la mayoría de personas; pero es también sumamente importante ayudar a llegar a consensos, llegar a ponernos de acuerdo sobre los temas que tratamos. En este aspecto, el facilitador(a) juega un rol preponderante.

Ser Dinámico y Ameno: Nunca debemos olvidar que “trabajo” no es sinónimo de “aburrimiento”; el facilitador(a) debe poder animar al grupo y si se da el caso bromear con los participantes; pero también el facilitador(a) debe poder retomar el trabajo con la seriedad que requiere.

Ser Claro: El facilitador(a) debe comunicarse con un lenguaje claro y sencillo, para que sea entendido por todos los participantes. Es también necesario que hablemos con el tono de voz adecuado para que todos nos puedan escuchar, cambiar nuestro tono de voz y darle el énfasis necesario a lo que queremos decir. Cuando demos las consignas o indicaciones para el trabajo, debemos tener mucho cuidado en ser claros, porque de lo contrario no lograremos los resultados deseados.

Ser Democrático: En el desarrollo de los talleres, debemos propiciar relaciones horizontales entre todos los participantes, creando un ambiente que permita a todas las personas participar con toda libertad, sabiendo además que el grupo lo va a escuchar y va a respetar su opinión.

Ser Empático: El ser empático tiene que ver con la capacidad que debemos tener para ponernos en el lugar de otra persona; de manera que tengamos la disposición necesaria para escuchar, comprender y tomar en cuenta sus opiniones.

2. FUNCIONES DEL FACILITADOR O FACILITADORA

Entre las funciones que debe cumplir un facilitador(a), podemos destacar las siguientes:

Manejar los contenidos. El facilitador(a) debe manejar el tema que va a desarrollar durante el taller. Por lo tanto debe estudiarlo detenidamente, prepararse para desarrollarlo con fluidez y responder las preguntas, dudas o críticas de los participantes. Este aspecto es importante, pues si el facilitador(a) domina el tema es mucho más fácil conducir, acompañar el trabajo de los participantes. Debe saber en qué orden se van a presentar los temas y cómo balancear los trabajos individuales con los trabajos en grupo y algunas dinámicas de animación, para de este modo facilitar la comprensión de los temas.

Promover la participación. Debemos motivar la participación en el grupo, no es posible obligarlos a expresarse, pero sí incentivar su participación. El facilitador(a) de manera cálida y respetuosa puede pedir al grupo su participación, señalando que los resultados del taller dependen de sus aportes, así tendremos mejores resultados y éstos reflejarán más fielmente las opiniones y necesidades del grupo.

Recoger, sintetizar y devolver la información. Para recoger las ideas o aportes de los participantes debemos prestar atención a cada una de las intervenciones y si las vamos a escribir en el papelógrafo o pizarra, hay que sintetizar la idea, de manera tal que no demoremos mucho en escribirla, sino corremos el riesgo de que el taller sea muy lento y perderemos dinamismo. Luego de las intervenciones, se puede hacer una síntesis y devolver la información al grupo, de esta manera se podrá llevar a cabo una mejor discusión y podremos llegar a consensos de mejor manera. Cuando escribamos en el papelógrafo o pizarra, debemos hacerlo en forma ordenada, de preferencia con letra de imprenta y con letras grandes, para que todos puedan leer.

Responder dudas. Si creamos una ambiente de respeto y tolerancia, los participantes podrán plantear sus dudas con total libertad y confianza. Es importante que respondamos de la manera más clara y sencilla posible, para eso debemos manejar los temas que se tratarán en el taller. Es recomendable que al concluir cada tema, el facilitador(a) pregunte al grupo si hay dudas o preguntas, de manera que se vaya cerrando correctamente cada uno de los aspectos tratados.

Formular las conclusiones. Concluido el trabajo de cada tema, haremos un listado de las conclusiones a las que hemos llegado, tratando de hacerlo de la manera más clara y precisa posible. Este es un buen momento para preguntar si estamos de acuerdo o si aún existen dudas. Finalmente tendremos nuestras conclusiones consensuadas en el grupo. Proponer, plantear alternativas. Si bien es cierto que el facilitador(a) acompaña, promueve y facilita procesos, también lo es que en determinado momento y si el trabajo se entrapa, el facilitador(a) puede y debe ayudar al grupo a continuar con el trabajo, para ello puede proponer, sugerir y plantear alternativas o propuestas de solución.

Manejar técnicas participativas. El facilitador(a) debe manejar una serie de técnicas o dinámicas participativas, que le permitan desarrollar su trabajo de la mejor manera posible. Cuando realizamos la programación de nuestros talleres, a parte de las técnicas o dinámicas que podemos utilizar para realizar análisis, discusiones, reflexiones, síntesis, etc., es necesario considerar un tiempo para realizar dinámicas de animación. Podemos utilizar estas dinámicas cuando vemos que el grupo está cansado o disperso. Para realizar las técnicas o dinámicas hay que ser muy preciso en las consignas o indicaciones y hacer una pequeña prueba para ver si realmente se entendió lo que queremos lograr con ellas. No debemos olvidar que las técnicas participativas y las dinámicas, son solamente herramientas de apoyo a nuestro trabajo, es necesario que antes de utilizarlas nos fijemos bien si son las más adecuadas, si

realmente nos ayudarán a lograr nuestros objetivos. Una técnica o dinámica por sí sola no lleva al logro de objetivos.

Dominar las técnicas audiovisuales. El facilitador(a) –si tiene acceso a materiales audiovisuales- debe saber manejarlos y hacer una prueba antes de iniciar el taller.

Manejar el espacio. Cuando realicemos un taller, es importante desplazarnos por el ambiente para mantener la atención de los participantes. Hay que evitar darles las espaldas o dirigirnos sólo hacia un lado. Tratemos de mirar a los participantes y vayamos cambiando de lugar.

3. COMPETENCIAS Y ROLES ESPERADOS PARA EL FACILITADOR

- ✓ Conocimiento cabal de los objetivos y resultados esperados del taller.
- ✓ Adecuadas destrezas interpersonales y comunicacionales.
- ✓ Haberse capacitado para el rol.

4. LA IMPORTANCIA DE PROMOVER EL DIALOGO

El diálogo presupone un estado de avance de los conocimientos y creencias iniciales de los integrantes. La meta es la creación y pertinencia de nuevas ideas. A través del diálogos, las personas pueden entender las diferentes perspectivas, “filtros” o lentes” con los que se percibe la realidad sobre un mismo aspecto. El diálogo lleva a niveles superiores de confianza, de desafíos colectivos, de construcción de nuevos conceptos, de compartir ideas, entre otros. Ciertos autores se refieren a la “literalidad dialógica” como la habilidad de participar productivamente en un discurso cuyo principal propósito consiste en generar nuevo conocimiento y comprensión de un fenómeno.

Esta “literalidad dialógica” es una competencia que la gente posee en varios grados y es continuamente mejorable. Algunas de las destrezas de diálogo que se pueden practicar y aprender son:

- i) permitir que los otros terminen la línea argumental de sus pensamientos.
- ii) respetar los pensamientos de los otros
- iii) respetar los sentimientos de los otros
- iv) respetar las opiniones de los otros
- v) respetar las realidades de los otros
- vi) escuchar atenta y profundamente sin necesidad de arreglar, juzgar, discutir o resistir.

5. PROBLEMAS MÁS COMUNES A LOS QUE SE ENFRENTA EL FACILITADOR

- ⇒ El facilitador da una clase o conferencia en vez de promover un diálogo u orientar la discusión.
- ⇒ El facilitador habla demasiado perdiendo su rol.
- ⇒ Los participantes no se animan a hablar, no dialogan entre ellos y solamente responden a las preguntas del facilitador.
- ⇒ Los participantes no se han preparado para el taller.
- ⇒ El facilitador no se ha preparado para el taller.
- ⇒ Uno o pocos participantes dominan la discusión e inhiben la participación de la mayoría.
- ⇒ Los participantes quieren que se les den las soluciones a los problemas más que a discutirlos.

6. ¿QUE SE ESPERA DE UN BUEN FACILITADOR?

El facilitador debe promover la discusión más allá de una mera conversación. La discusión se caracteriza por ser un proceso donde dos o más personas intercambian información para alcanzar una meta común.

Para ello se debe discutir tomando en cuenta ciertos aspectos:

- ⇒ Tener claro el objetivo.
- ⇒ Abordar los temas y llegar a conclusiones.
- ⇒ Establecer reglas consensuadas.
- ⇒ Delimitar el tiempo individual para participar.

- ⇒ Fomentar la participación de todos.
- ⇒ No repetir los discursos.
- ⇒ No intervenir por segunda vez hasta que todos hayan participado.
- ⇒ Y fundamentalmente: manejar las propias ansiedades

Fuente: Coordinación Intercentros de Investigación, Desarrollo y Educación. Manual para Facilitadores. 2009
Taller Como aprende el médico en el lugar de trabajo. Introducción a la EPS. 2007
http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix_dpmc/manual.pdf

Anexo 3.B Taller de Planeación Participativa

El taller es una situación privilegiada para el trabajo comunitario. Su propósito principal es reflexionar sistemáticamente sobre conocimientos, valores, actitudes y prácticas que se tienen sobre la problemática relacionada con la situación de salud reproductiva identificada en el diagnóstico comunitario. El punto de partida es lo que la población sabe, vive y siente; es decir, su realidad, su práctica. Mediante el diálogo de saberes, el taller permite la construcción colectiva de acciones, ya que se estimula la reflexión y búsqueda de alternativas de soluciones de las problemáticas que afectan la calidad de vida individual o colectiva.

Características generales del taller como herramienta metodológica:

- El taller posibilita la construcción de aprendizajes sobre la base de la capacidad y oportunidad que tienen las personas de reflexionar en grupo sobre sus propias experiencias.
- Un taller es una experiencia de trabajo activo. La participación de cada uno/a de los y las integrantes aportando sus experiencias, argumentos y compromiso es fundamental para el éxito.
- Un taller es una experiencia de trabajo creativo. Las experiencias sumadas, los elementos conceptuales, la reflexión y las discusiones grupales ayudan a generar nuevos puntos de vista y soluciones mejores que las existentes en el momento de iniciación.
- Un taller es una experiencia de trabajo colectivo. El intercambio, hablar y escuchar, dar y recibir, argumentar y contra argumentar, defender posiciones y buscar consensos es propio de un taller.
- Un taller es una experiencia de trabajo vivencial. Su materia prima son las experiencias propias, y sus productos son planes de trabajo que influirán en la vida de quienes participan. Un taller debe generar identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia a un grupo y compromiso colectivo. En un taller, no se puede ser neutral o simple espectador.
- Un taller es una experiencia de un trabajo concreto. Su punto final siempre debe ser un compromiso grupal de ejecutar acciones. Un taller debe desembocar en planes de trabajo o por lo menos, en tareas realizables a corto y mediano plazo.
- Un taller es una experiencia de trabajo sistemático. La precisión es clave al poner por escrito los puntos de vista propios al sistematizar y presentar los trabajos de una comunidad; igualmente es indispensable la claridad al exponer los desacuerdos y los compromisos, así como la autodisciplina la comunidad para cumplir las reglas del juego.

Los tres momentos en la preparación de un taller:

El diseño: Es el momento en el que elaboramos el concepto del taller, incluyendo los objetivos, los contenidos y la metodología del mismo.

La planificación: Consiste en detallar los pasos del evento, destacando los horarios, técnicas y actividades, materiales, responsabilidades y recursos necesarios.

La elaboración de los materiales: Es el momento en el que vamos a conseguir y construir todos los materiales necesarios, como son papelógrafos, tarjetas, juegos, material de apoyo, etc.

Las siete preguntas en el diseño de un taller:

1. ***¿Para qué? Los objetivos y el contexto de la actividad***

- ¿Qué se espera lograr en el taller?
- ¿Corresponde el taller a las necesidades de nuestro grupo meta?

2. ***¿Quiénes? El grupo meta y las personas facilitadora***

- ¿Cuántas personas van a participar; sus edades y sexo?
- ¿Se conocen las y los participantes entre sí?
- ¿Tienen las y los participantes experiencias similares en cuanto a la temática?
- ¿Qué expectativas y motivaciones tienen?

3. ***¿Qué? Contenidos***

- ¿Quién define los contenidos?

- b. ¿Cómo estructurar los contenidos?
- c. ¿Corresponden los contenidos a las experiencias y expectativas previas de las y los participantes?

4. ¿Cómo? Métodos y técnicas

- a. ¿Cuáles son las condiciones que facilitan la aplicación de una metodología participativa?
- b. ¿Qué métodos son adecuados: de investigación, de análisis, de planificación, de información?
- c. ¿La temática se presta para realizar actividades prácticas?
- d. ¿Los métodos y técnicas corresponden al nivel de las/los participantes y a las condiciones del lugar y tiempo?

5. ¿Con qué? Medios de apoyo

- a. ¿Qué materiales se necesitan (papelógrafos, marcadores, tarjetas, retroproyector, etc.)?
- b. ¿Cuáles de los materiales necesarios se pueden preparar con anticipación?
- c. ¿Hay que preparar material de apoyo escrito para las y los participantes?
- d. ¿Existen materiales didácticos ya elaborados?

6. ¿Cuándo? Fechas y tiempo disponible

- a. ¿Cuál puede ser la duración del taller, de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de las y los participantes?
- b. ¿Es apropiado hacerlo durante varios días seguidos, o con días intermedios para efectuar trabajo de campo?
- c. ¿Durante días laborales o durante fines de semanas?
- d. ¿Con qué anticipación debemos enviar la invitación?

7. ¿Dónde? Lugar

- a. ¿Es el lugar escogido el más adecuado para realizar el taller?
- b. ¿Es accesible el lugar para la mayoría de las y los participantes?
- c. ¿Cómo vamos a organizar el espacio físico de manera que facilite la integración y participación?
- d. ¿El lugar escogido cuenta con espacios disponibles para trabajar en plenaria y en grupos pequeños?
- e. ¿Tiene los materiales de apoyo necesarios?
- f. ¿Tiene comida y alojamiento adecuado?
- g. ¿Tiene buena ventilación e iluminación?

Guía Temática para elaboración de Cartas Descriptivas Talleres de Planeación Participativa	
Tema	Técnica
Tema 1. Inducción a los talleres de Planeación	Exposición oral
Tema 2. Presentación de resultados del Diagnóstico Situacional	Exposición oral con apoyo de material escrito y visual
Tema 3. Priorización de Problemas Alguna preguntas generadoras: ¿Cuál consideran que sería el principal problema de salud reproductiva en la comunidad? ¿A quién afecta más directamente? ¿Existe otro problema que consideren igualmente importante? ¿Cuál? ¿A quién afecta? ¿Podemos identificar un tercer problema importante para atender?	Trabajo en grupos y/o Discusión en plenaria
Tema 4. Análisis de Problemas Algunas preguntas generadoras: ¿Cuáles son las causas del problema? ¿Cuáles causas se relacionan con las actitudes y prácticas culturales? ¿Cuáles se relacionan con los servicios de salud? ¿Cuáles con el contexto socioeconómico? ¿Cuáles son los efectos del problema?	Trabajo en grupos y/o Discusión en plenaria
Tema 5. Propuestas de Solución ¿Qué se ha hecho para tratar de resolver esos problemas? ¿Cuáles son las posibles soluciones? ¿Existen problemas para los cuales no encontramos solución? ¿Cuáles son las oportunidades reales que tenemos para resolver esos problemas? ¿Cómo podemos contribuir en la solución de los problemas?	Trabajo en grupos y/o Discusión en plenaria
Tema 6. Elaboración del Plan de Acción Comunitario	Plenaria y/o Asamblea Comunitaria

Presentación sintetizada de resultados del proceso de planeación
 Elaboración de Matriz de Validación y planeación, que incluya:
 ¿Qué vamos a hacer? ¿Cómo? ¿Quién? ¿Qué necesitamos?

Anexo 3.C Plan de Acción Comunitario

Cuando ya se ha analizado el contexto y ha finalizado el Taller de Planeación Participativa, es necesario elaborar planes de acción para realizar lo acordado. Para ello, se deben considerar los elementos abordados en la planificación y los compromisos de para contribuir a la solución de los problemas que asumieron los actores sociales, tanto comunitarios como institucionales.

Un plan comunitario efectivo:

- ⇒ Identifica claramente problemas en la comunidad.
- ⇒ Propone soluciones con los recursos existentes
- ⇒ Desarrolla metas a corto plazo relacionadas con la selección e implementación de acciones y estrategias.
- ⇒ Proyecta metas a largo plazo, de manera que los planes y los recursos estén disponibles para el futuro.
- ⇒ Incluye evaluaciones continuas del programa de prevención.

Los planes de acción deben estar orientados a lograr cambios en la comunidad y en los servicios de salud, para alcanzar las metas planteadas; pueden enfocarse en el desarrollo de nuevas acciones o bien en la modificación de las ya existentes. Los cambios en los otros ámbitos son similares a los cambios en la comunidad, pero tienen lugar en niveles más amplios, como por ejemplo en los procedimientos para la consulta de mujeres embarazadas. El monitoreo de los cambios en la comunidad y en el sector salud implica una serie de componentes que permiten determinar cómo se están llevando a cabo las acciones acordadas, qué acciones están resultando efectivas y cuáles se podrían mejorar. Es importante incluir en el Plan de Acción una programación de plazos para lograr las metas propuestas.

El Plan de Acción Comunitario debe incluir un componente de organización comunitaria para la acción y estrategias encaminadas a lograr el fortalecimiento de capacidades para el empoderamiento de la población, destacando acciones que permitan que la comunidad se incrementen los factores de prevención y reducción de riesgos.

- Considerar los factores de riesgo y los de protección cuando se esté diseñando el plan de acción.
- Determinar cómo tomar en cuenta estos factores en el Plan de Acción.

Como instrumento metodológico para el diseño del Plan de Acción se propone una Matriz que permita registrar las actividades a realizar, los compromisos y recursos para la ejecución de los componentes.

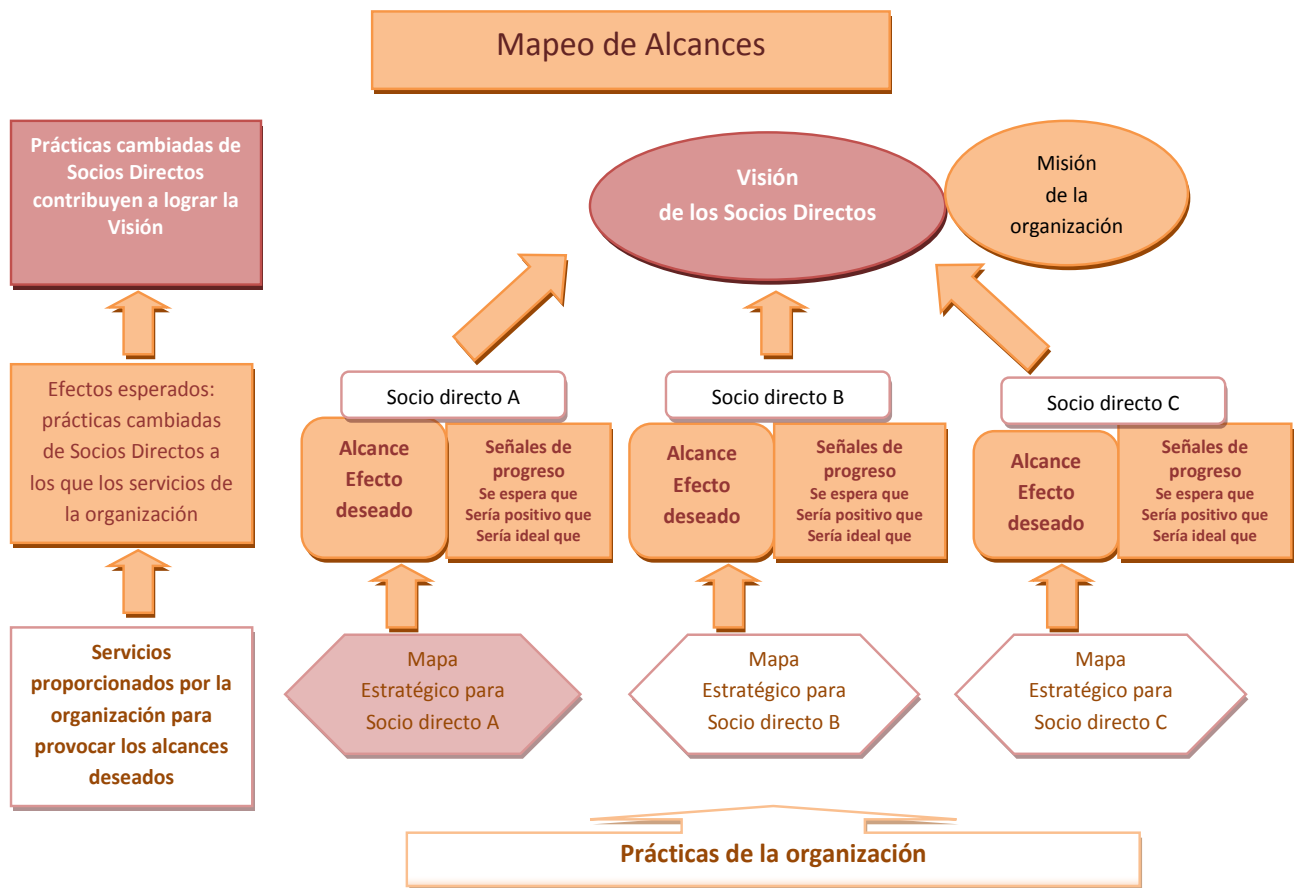
Resultados esperados	Acciones	Corresponsabilidad de los Socios o Actores Sociales		Plazo	Recursos necesarios
¿Qué se quiere lograr	¿Cómo?	¿Quién?		¿Cuándo?	¿Qué necesitamos?
		Institución	Comunidad		

--	--	--	--	--	--

Anexo 3.D Mapeo de Alcances

En 2001, el Centro Internacional para la Investigación de Desarrollo, Canadá (IDRC) publicó su enfoque de planificación denominado "Mapeo de Alcances". Se centra en el comportamiento de los socios (llamados "socios directos") que están involucrados en los procesos de cambio y que son apoyados por el proyecto o programa. El MA define los efectos esperados ("efectos deseados") como cambios de comportamiento de "socios directos" como resultado de los servicios aportados por el agente externo. Estos cambios de comportamiento, a su vez dan lugar a modificaciones en la situación de los grupos destinatarios (los resultados de desarrollo).

El proyecto o programa externo respalda a los socios con medidas de desarrollo de capacidades lo que facilita los cambios previstos en su práctica o comportamiento. Este enfoque en los socios hace que sea fácil aclarar las funciones, responsabilidades y la división de trabajo entre los agentes de cambio externos (por ejemplo donantes, agencias de desarrollo, proyectos o programas) y los actores locales (« socios »). Con pequeñas adaptaciones, el MA puede utilizarse para la planificación orientada en resultados y también para la implementación de proyectos y programas.



El Mapeo de Alcances reconoce que el desarrollo es un proceso complejo que va conformado por procesos paralelos, simultáneos.

No sólo sirve para consolidar una comprensión de los cambios que se producen en el entorno del desarrollo en el que se desenvuelve un proyecto, sino que también sigue y evalúa las estrategias y actividades de este último, a la vez que sigue y evalúa la manera en que funciona el conjunto de actores involucrados como unidad organizacional.

La planeación por Mapeo de Alcances permite organizar y entender un proceso con suficiente flexibilidad ya que toma en cuenta lo que los sujetos participantes irán modificando el plan original con sus actuaciones, aportaciones, desaprobaciones, ya que las personas, entidades o las instituciones que se nombran como socios directos y estratégicos (parteras, autoridades, grupo responsable, etc.) como sistemas, podemos conformar sistemas más complejos (de mayor número de relaciones) con otras personas y esto es lo que va generando la necesidad de reconstruir el plan original. La planeación se diseña de acuerdo a los distintos alcances (posibles niveles de actuación) de cada socio y sobre ella se realiza un monitoreo con cierta frecuencia.

MAPEO DE ALCANCES, ¿CUÁNDO USARLO?	
Usar Mapeo de Alcances, si quieres...	No uses Mapeo de Alcances si quieres...

...hacer transparente la contribución al desarrollo y la transformación social, rindiendo cuentas integralmente.	...una auditoria para rendir cuentas solo de la inversión financiera.
...apoyar el logro de resultados fundamentales de habitantes locales para contribuir a la sostenibilidad a largo plazo.	...intentar medir impactos y otros resultados más allá del tiempo de implementación de la iniciativa.
...promover aprendizajes, adaptaciones e innovaciones necesarias para el desarrollo auténtico.	...hacer seguimiento con énfasis en datos cuantificables.
...combinar con otras metodologías y herramientas de planificación, seguimiento y evaluación de carácter inclusivo y participativo.	...medir proyectos que tienen que ver con infraestructura o servicios directos (por ejemplo: atención de emergencias, vacunas).
...reconocer la contribución de múltiples actores al cambio social y al desarrollo en sus diferentes escalas y ámbitos.	...demostrar la atribución del proyecto y explicar procesos de causa-efecto.
...reconocer y documentar la complejidad de los cambios para el aprendizaje social y el desarrollo local, sean esperados y no esperados, favorables y no favorables,	
...enfocar y atender la importancia de los cambios de comportamiento, para la apropiación del desarrollo,	
...promover principios de participación y relaciones balanceadas entre quienes están involucrados.	

Fuente: Cuaderno de Mapeo de Alcances. UNA GUÍA PARA LA FACILITACIÓN. Centro Latinoamericano para el Mapeo de Alcances. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.
<http://www.entremundos.org/databases/cuaderno%20de%20mapeo%20de%20alcances.pdf>

IV. Guía Metodológica para la Organización y Participación Comunitaria.

1. ¿Por qué es importante la organización y participación comunitaria?

La participación de la comunidad en el área de la salud ha sido reconocida como un factor clave para mejorar las condiciones de salud de la población; afirmándose que el avance en la situación de salud de los países en desarrollo no sólo depende del acceso a los avances biomédicos y tecnológicos sino que la participación de la comunidad es un aspecto fundamental, que debe ser considerado tanto en la implementación de políticas y programas nacionales, como a nivel local, a través de la iniciativa de las propias organizaciones comunitarias y regionales, y con la participación activa de la población.

La experiencia internacional ha demostrado que las iniciativas para mejorar la situación de salud de la población, logran un mejor resultado cuando se asocian a modelos participativos en su diseño, ejecución y evaluación. En este sentido la mayoría de las agencias internacionales y gobiernos han incluido en sus planes y estrategias el enfoque participativo. En México, la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, incluida en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, plantea como uno de sus diez componentes la “Reforma de la acción comunitaria para la salud” que busca “reorientar la participación comunitaria, que será: informada, consciente, voluntaria, activa, organizada, relacionada y representativa”²².

En el Modelo propuesto para la atención de la salud reproductiva en comunidades indígenas, la participación comunitaria es definida desde su visión conceptual y metodológica. En este sentido la ejecución del componente de organización social y participación comunitaria, supone su impulso a partir de mecanismos donde todos(as) los (las) actores sociales de la comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones relacionadas con las prioridades y actividades a desarrollar, para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva en la localidad.

El reto para el equipo de trabajo es lograr la gestión de procesos de participación reales, más allá la integración de grupos de mujeres y hombres para que participen en las acciones de promoción o de atención de la salud reproductiva. Es decir, participar no es solo la utilización de los servicios de salud reproductiva; si bien esta forma de vinculación con los servicios, representa en todo caso un primer paso que puede llevar a la participación auténtica.

La participación y organización comunitaria en el Modelo implica la intervención de la población en la adopción de decisiones, lo que a su vez representa un sentido de compromiso de la comunidad en cuanto a la aceptación de su responsabilidad en los

²² Programa Nacional de Salud.

cambios a impulsar, para la transformación de los determinantes de la situación de la salud reproductiva de los grupos de población.

Esta participación colectiva para la toma de decisiones en temas de salud reproductiva permite potenciar la capacidad de la población para lograr el ejercicio de sus derechos reproductivos. La participación comunitaria debe estar presente en todas las fases y componentes del Modelo, con lo cual se amplían las posibilidades de identificar las necesidades reales de la población, y adecuar los objetivos y estrategias para el cumplimiento de sus expectativas, lo que a su vez contribuirá a una participación más efectiva; en tanto que la percepción de la población relacionada con la capacidad comunitaria para incidir en el mejoramiento de sus condiciones de salud reproductiva, actúa como incentivo para la participación individual y colectiva. Enfocar las acciones encaminadas a la resolución de los problemas identificados como prioritarios por la población, es esencial para tener éxito en el trabajo participativo.

2. Objetivos de la organización y participación comunitaria.

- Desarrollar y fomentar la participación de los miembros de la comunidad, autoridades civiles, tradicionales y organismos de la sociedad civil para que asuman su corresponsabilidad y se propicie una cultura a favor de la salud de las mujeres indígenas.
- Promover la articulación de acciones y el trabajo colaborativo entre actores diversos que con sus decisiones e intervenciones pueden incidir en la mejora de las condiciones de salud de las mujeres.
- Fortalecer los procesos de organización interinstitucional e intersectorial a promover la autonomía en la organización comunitaria a través de una Red Comunitaria de Salud y aportar elementos necesarios para que la salud reproductiva en la comunidad se convierta en una responsabilidad comprendida por toda la población y compartida por los actores, que con sus decisiones y participaciones logren comunidades con mujeres que pueden tomar decisiones sobre su propia salud sexual y reproductiva.

3. ¿Quiénes participan en los procesos organizativos y de participación comunitaria?

La participación social significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad, incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades de la salud reproductiva. En el Modelo, la participación y organización comunitaria busca que la población se involucre en sus diferentes etapas, siempre con respeto a los procesos organizativos propios y buscando vincular a las redes de organización existentes, para la construcción conjunta de planes de trabajo y la gestión de acciones y estrategias.

Un factor clave para impulsar la participación y organización comunitaria es identificar e involucrar a todos aquellos líderes y actores sociales existentes en los diferentes sectores, que puedan tener intereses en la salud reproductiva y en el desarrollo comunitario, para convocarlos y motivados para participar en los diferentes ejes de acción del Modelo, como puede ser el sector educativo, con la vinculación de maestros y comités de salud, además de grupos de mujeres, colectivos de producción o promotores de salud, entre otros. Como el proyecto es sobre salud sexual y reproductiva es muy importante incorporar a grupos de jóvenes, representantes de las comunidades, así como a las parteras y desde luego, también al personal de salud que atiende las clínicas y programas del sector salud.

Es importante considerar al personal de salud como facilitadores de los procesos participativos, lo que requiere de un proceso formativo para la adquisición de habilidades y competencias, para lo que se proponen actividades encaminadas al fortalecimiento de capacidades para la implementación de estrategias participativas, que les provea de herramientas metodológicas necesarias para la generación de espacios para la toma de decisiones y construcción de acuerdos comunitarios para el desarrollo de acciones encaminadas a mejorar la salud reproductiva de la población.

Aunque los actores sociales estratégicos ya están definidos de antemano, la realidad es que hay que esperar un tiempo de maduración de los trabajos para confirmar quiénes serán los socios directos definitivos del proyecto y cuáles serán los nuevos actores o grupos en los que se identifican rasgos de liderazgo o facilidad para comprender, apoyar y participar en los procesos de sensibilización y capacitación alrededor de la salud sexual y reproductiva, la organización y gestión comunitaria para el ejercicio de los derechos reproductivos.

El proceso participativo a impulsar en el Modelo debe involucrar a los líderes naturales, los cuales pueden ser las propias autoridades locales o algún grupo o personas que por su liderazgo natural se convierten en protagonistas del movimiento social que surja del proyecto. Además el proceso debe promover un gradual empoderamiento de todos los grupos, dando pie al posible aumento en la participación de otras comunidades o actores regionales o estatales, para el impulso de redes de protección a la salud reproductiva.

4. Ruta metodológica para la organización y participación comunitaria.

Hablar de participación comunitaria en el Modelo, significa hablar del derecho que tienen las comunidades indígenas de participar en la construcción de una sociedad más equitativa y justa. Por ello, también implica retomar la idea de que las personas son actores y no espectadores, tanto de su desarrollo, como de esta construcción social. En este sentido la participación comunitaria es uno de los retos más importantes para el equipo responsable de la ejecución de las acciones del Modelo.

Esta participación colectiva para la toma de decisiones en temas de salud reproductiva permite potenciar la capacidad de la población para lograr el ejercicio de sus derechos

reproductivos. La participación comunitaria debe estar presente en todas las fases y componentes del Modelo, con lo cual se amplían las posibilidades de identificar las necesidades reales de la población, y adecuar los objetivos y estrategias para el cumplimiento de sus expectativas, lo que a su vez contribuirá a una participación más efectiva; en tanto que la percepción de la población relacionada con la capacidad comunitaria para incidir en el mejoramiento de sus condiciones de salud reproductiva, actúa como incentivo para la participación individual y colectiva. Enfocar las acciones encaminadas a la resolución de los problemas identificados como prioritarios por la población, es esencial para tener éxito en el trabajo participativo.

La participación comunitaria como componente del Modelo debe ser vista, entonces como un proceso desarrollado a partir de diversas dinámicas y momentos de retroalimentación, entre los diferentes actores involucrados en su gestión, a través de relaciones de comunicación y diálogo constante, por lo que la definición de una ruta metodológica se propone como una guía para identificar aspectos y momentos críticos del proceso que faciliten su desarrollo.

a) Diálogo inicial

El primer paso para la participación necesariamente implica un acercamiento a las autoridades municipales y locales donde se ubique el proyecto, lo que se busca es identificar quién abra las puertas al diálogo entre los responsables del proyecto y los representantes de las comunidades. Una segunda vía que debe valorarse es la posibilidad de aprovechar algunos canales de comunicación ya establecidos por instituciones participantes con actores de las comunidades, como los médicos y las parteras. En cualquiera de los casos, el actor o actores que se conviertan en inductores serán cuidadosamente informados y preparados para ser portadores de los propósitos del proyecto como punto de partida para el diálogo entre ejecutores y la población a la que se dirigen las acciones de salud reproductiva. (Ver Primera Parte: Fase de Inducción y Sensibilización para la Participación. Página 34, Anexo 4A y 4B).

b) Análisis y reflexión conjunta.

Lograr la participación real de las autoridades comunitarias y de los diferentes sectores de la población no es un asunto sencillo, porque de entrada supone establecer un convenio para participar en una iniciativa generada desde las instituciones de salud, por lo que el reto es lograr una dinámica de intercambio permanente en la que puedan ser retomadas las necesidades de la población, con lo que se espera que finalmente la población se apropie de sus propósitos y se convierta en protagonista de acciones sostenidas.

Esta situación obliga a quienes inician un proyecto a ser imaginativos, pero sobre todo, a comprender que lograr la movilización de una comunidad en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres requiere partir de lo que las personas involucradas piensan, creen y sienten, para llevar a la práctica una participación comunitaria desde la toma de decisiones sobre las prioridades y servicios de salud reproductiva necesarios a nivel

local. Esto implica el impulso de procesos de encuentro y comunicación con la población, para discutir las implicaciones del objetivo de mejorar la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva comunitaria.

Como parte de la ruta metodológica para iniciar la participación comunitaria se propone que después de la etapa de inducción del Modelo, se genere un proceso reflexivo con la población, a partir de talleres comunitarios con líderes, autoridades y sectores de la comunidad para discutir el propósito y la problemática que se aborda, a partir de los resultados del **Diagnóstico Situacional**. Este análisis conjunto, implica la reconstrucción de significados desde la cultura local, lo que debe garantizar que todos en la comunidad conozcan y comprendan los enfoques y componentes que se trabajan asociados a la Salud Sexual y Reproductiva, incluso es importante la reflexión en relación al nombre del proyecto. Este aspecto, que pudiera parecer sin mucha trascendencia es un primer paso fundamental para la apropiación, ya que el nombre del proyecto, no solo es un membrete sino, que debe reflejar para todos los actores comunitarios la reinterpretación de los significados del proyecto desde su propia cultura.

c) Conciliaciones para la construcción colectiva.

Un tercer gran momento para el impulso de un proceso participativo en el proyecto, es el referido a la **Planeación Participativa** como componente fundamental del Modelo, que permitirá construir colectivamente la visión de futuro en torno a la situación de salud reproductiva identificada en el Diagnóstico Situacional, a partir de la priorización colectiva de los problemas y la definición de las acciones a desarrollar, para la construcción de una agenda local a partir de los intereses de todos los actores involucrados en la gestión del proyecto. (Ver Guía Metodológica para la Planeación Participativa)

La construcción colectiva de una agenda local puede constituirse como punto de partida para que la población adquiera un sentido de responsabilidad en la transformación de la situación de salud reproductiva de su comunidad. El proceso generado a partir de este momento deberá enfocarse a la búsqueda permanente de una acción colectiva en los diferentes componentes y estrategias propuestas, a la par de un proceso de fortalecimiento de capacidades para la toma de decisiones conscientes e informadas. Necesariamente vinculado a este proceso se construirá en paralelo una relación de confianza recíproca sustentada en el cumplimiento de acuerdos y diálogo permanente.

La acción colectiva comunitaria requiere de la construcción de contextos de comunicación efectiva entre los diferentes actores comunitarios y con el personal de salud, que faciliten el diálogo. La creación de espacios participativos para el diálogo a partir de encuentros, talleres, asambleas o reuniones de trabajo permitirá la revisión y adecuación constante de las acciones desarrolladas, los problemas enfrentados y los resultados alcanzados, que retroalimenten la convicción de participación activa de la población en el proceso de gestión del proyecto.

d) Organización para la acción colectiva.

La participación informada y organizada de la población como componente del Modelo promueve la creación o consolidación de redes sociales que posibiliten y faciliten el desarrollo de acciones y estrategias para la atención de los problemas de salud reproductiva desde una base comunitaria. Es a través de las redes sociales que la definición de propósitos comunes puede tener mayor fuerza y soporte organizacional, al establecerse vínculos solidarios.

Las redes sociales propuestas son distintas a las formas de organización comunitarias tradicionales porque tienen propósitos específicos (en este caso la salud sexual y reproductiva), y están conformadas por personas clave de la localidad, con la finalidad de identificar necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la población y para acordar estrategias de solución a las mismas; coordinándose con los servicios de salud, con lo que se espera generar mayor impacto, arraigo y sostenibilidad de las estrategias propuestas por el Modelo. Estas redes comunitarias conforman tejidos sociales de intercambio de información y saberes, desde un interés común y un sentido de pertenencia que facilita el intercambio y apoyo mutuo en beneficio de las comunidades, enfocándose a la promoción e información.

El trabajo con redes sociales permite un mayor compromiso tanto de autoridades locales como de la población de la localidad para mejorar sus estrategias de comunicación para la atención de emergencias obstétricas. En este sentido, si bien el Modelo impulsa la conformación de Redes, la necesidad formal de asociación a partir de una Red Comunitaria, deberá gestarse entre los grupos o sectores de la población, jóvenes, parteras, autoridades, etc., como forma de participación para la acción colectiva. (Ver Anexo 4C. Experiencia del proceso para la formación y funcionamiento de la Red Social en Chiapas)

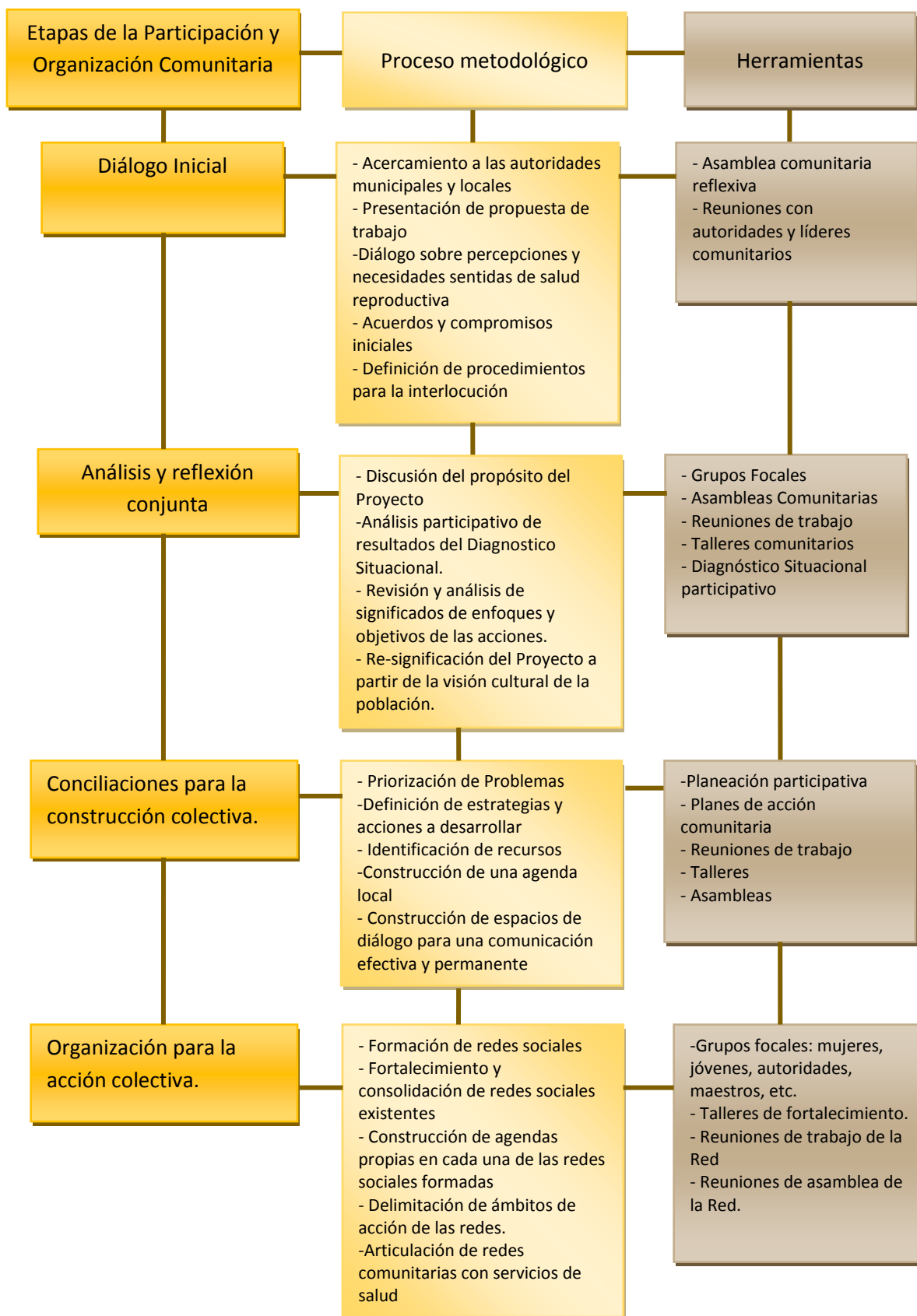
Una vez conformadas las Redes Comunitarias, es muy importante que para dar inicio a sus actividades formales, se nombre a un equipo coordinador en una sesión plenaria. El equipo coordinador puede estar integrado por representantes comunitarios, parteras, mujeres, hombre o jóvenes, según el tipo de Red formada, en un número equitativo de integrantes de hombres y mujeres, para la toma decisiones, comunicación y representación ante otras instancias con las que se vinculen y emprendan procesos de trabajo. La tarea principal es que este equipo trabaje fortaleciendo la Red al interior de las comunidades, apoyado por las autoridades municipales para establecer compromisos de colaboración con otros actores sociales a favor de la salud reproductiva de la población de sus comunidades.

Como parte del proceso de formación de la Red como instancia comunitaria regional para el trabajo organizado en beneficio de la salud materna y la salud reproductiva, es importante desarrollar un trabajo de fortalecimiento para su funcionamiento a partir de sus objetivos, lo que debe resultar en la definición de agendas propias y en el establecimiento de ámbitos de acción y formas de relación y coordinación con los servicios de salud, (Anexo 4D) para lo cual es importante considerar cinco aspectos fundamentales:

- **Disposición al cambio:** Supone que los actores deben tener una actitud favorable al cambio y aceptar las implicaciones que tiene el trabajo en Red, como el cambio en los modelos tradicionales de tomar decisiones (ya no solo serán las decisiones de los comités comunitarios sino que dentro de la Red se podrán tomar acuerdos que después serán comunicados a dichos comités) y la delegación de responsabilidades, pues tendrá que nombrar a un equipo coordinador.
- **Generar espacio para la discusión y la planificación:** La Red no es un espacio para informar o consultar a la comunidad, sino es un espacio para generar discusión y análisis del diagnóstico de las necesidades locales, definir estrategias de respuesta y planificar acciones en beneficio de la salud de las mujeres y los niños.
- **Tener voluntad:** Los representantes comunitarios deben tener la voluntad de asociarse, articularse, integrarse, aun cuando la iniciativa no haya sido de todos. Si no hay voluntad ni compromiso, no es posible continuar el proceso.
- **Definir el territorio y la población:** se deberán establecer el ámbitos de acción territorial de la Red; promoviéndose su vinculación con otras formas de organización comunitarias e institucionales más allá del ámbito comunitario, para su vinculación regional, municipal o estatal.
- **Fortalecer acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva:** La tarea básica de la Red se visualiza en la necesidad de fortalecer acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva de la población, fundamentada en los principios y enfoques conceptuales del Modelo.
- **Plantearse preguntas importantes sobre su acción:** La acción colectiva a partir del trabajo en Red, implica la reflexión y definición del sentido de su acción, para lo cual se deberá realizar un ejercicio participativo que responda a las siguientes preguntas básicas.

¿Cuáles son nuestros objetivos?
¿En qué consiste nuestro trabajo?
¿De qué manera nos organizamos como RED para realizar mejor nuestras tareas?
¿Qué instituciones están vinculadas a nosotros?
¿Con quiénes nos relacionamos y cómo?
¿Qué tipo de comunicación estamos construyendo entre todas las comunidades?
¿Cómo está influyendo cada miembro de la RED en su comunidad?
¿Cómo valora nuestro trabajo la comunidad?
¿A dónde queremos llegar?

Esquema de Ruta Metodológica para la Participación y Organización Comunitaria



5. Ideas fuerza para la incorporación de los enfoques conceptuales en la participación y organización comunitaria.

▪ El enfoque de derechos humanos.

- ✓ Facilitar el acceso de toda la población, a los diferentes espacios definidos para la toma de decisiones y acciones colectivas, especialmente de grupos que son excluidos de los espacios de participación comunitaria, como mujeres y jóvenes.
- ✓ Promover una práctica reflexiva del personal de salud que favorezca el diálogo y participación de la población en los diferentes espacios de interlocución con los diferentes actores sociales vinculados a la gestión del Modelo.
- ✓ Garantizar el derecho de la población a ser escuchada y comprender los conceptos y planteamientos que forman parte del discurso institucional, para establecer un diálogo efectivo.
- ✓ Promover una cultura de derecho a la solidaridad y a beneficiarse de las acciones colectivas para la atención a la salud reproductiva.

▪ La equidad de género

- ✓ Respetar las formas de organización tradicional con el impulso de un proceso de reflexión sobre las formas de exclusión social de las mujeres, con lo que se incida en la construcción de formas más equitativas de participación comunitaria.
- ✓ Poner especial atención para que la participación comunitaria y corresponsabilidad para la atención de la problemática de salud reproductiva no recaiga esencialmente en las mujeres, ya que esto podría contribuir a reforzar la visión cultural del papel de la mujer como principal responsable del cuidado de la salud familiar y comunitaria.
- ✓ Evitar que las asimetrías de género y las relaciones inequitativas de poder se reproduzcan en los espacios de participación ciudadana e impedir que los roles de conducción y mando estén siempre a cargo de los hombres y los de ejecución en las mujeres.
- ✓ Establecer la inclusión las percepciones y necesidades sentidas de las mujeres en los espacios participativos para la acción y la toma de decisiones colectivas.
- ✓ Planificar la ejecución de acciones colectivas considerando las cargas de trabajo y tiempos de las mujeres, evitando que su participación en las estrategias del proyecto signifiquen una jornada adicional de trabajo.

▪ **La interculturalidad**

- ✓ La participación comunitaria como un proceso para la construcción de responsabilidad social y compromiso debe partir del reconocimiento de la diversidad cultural de la población de las comunidades indígenas.
- ✓ Favorecer la construcción de una identidad colectiva a partir del reconocimiento y fortalecimiento de una identidad cultural de los grupos de población.
- ✓ Favorecer un diálogo abierto para el intercambio de experiencias y saberes entre los diferentes actores comunitarios e institucionales para facilitar la discusión y análisis para la organización y acción colectiva.
- ✓ Promover que el uso de lenguaje logre una eficacia comunicativa adecuándose al contexto y consideran los códigos culturales relacionados con la salud reproductiva y con el propio proceso de participación y organización comunitaria.
- ✓ Favorecer el conocimiento mutuo entre actores institucionales y comunitarios para la construcción de la convivencia intercultural que incentive la participación comunitaria en el proceso de gestión del proyecto.
- ✓ Promover la participación de organizaciones de base existentes en la localidad y la recuperación de sus experiencias en la definición de acciones colectivas para la atención a la problemática de la salud reproductiva.

Anexo 4 Herramientas Metodológicas para la Participación y Organización Comunitaria.

Anexo 4A Consideraciones Metodológicas para la exposición de los propósitos del Proyecto

- Exponer los objetivos del proyecto con explicaciones extensas por parte del coordinador o coordinadora del grupo ejecutor para que éste sea identificado como líder o el responsable a quien dirigirse para cualquier duda o interrogante.
- Integrar en el grupo responsable a un hablante de la lengua materna para que se logre mayor nivel de comprensión y se genere un diálogo natural en un clima de confianza.
- Si son varias comunidades las que se contemplan en el proyecto, es necesario acudir a cada una de ellas y cumplir con todo el protocolo de comunicación y acuerdos, no hay que descuidar a ninguna por ningún motivo ya que puede haber diferencias importantes entre ellas. Hay que observarlas muy bien y adaptar la agenda de encuentro a su realidad.
- Dejar en claro cuáles son los beneficios que persigue el grupo ejecutor (fortalecer líneas institucionales, asegurar aplicación de políticas, etc.) y cuáles serían los beneficios de las comunidades a mediano o a largo plazo.
- Comunicar las posibles participaciones de los actores, especificando detalles de organización.

Fuente: Plan de Trabajo de la Red Comunitaria de Salud y Ambiente. Proyecto: Atención integral en salud reproductiva y violencia familiar en comunidades indígenas de municipios de alta marginación. Componente Chiapas

Anexo 4B Propuesta de Agenda Guía para el desarrollo de Asambleas Comunitarias

- Hacer siempre los primeros contactos a través de la asamblea comunitaria
- Presentación del (la) facilitador (a).
- Presentación del equipo responsable del proyecto.
- Presentación gráfica del proyecto: Problemática de la Salud sexual y reproductiva con sus componentes objetivo del proyecto, estrategias de intervención con diversos actores comunitarios, instituciones participantes.
- Tomar en cuenta que las comunidades valoran que las visiten y les expliquen.
- Utilizar Imágenes o ilustraciones para explicación con imágenes de personas pertenecientes a la vida de la comunidad en formato grande que puedan ser vistas a una distancia al menos de 3 a 5 m.
- Abrir sesiones de preguntas y repuestas promoviendo la participación de las mujeres.
- Localizar y contar con el apoyo de los Comités de Educación o con los que representen a la autoridad.
- Contar con el apoyo de un traductor.
- Participación de las instituciones responsables o de los participantes de la organización ejecutora.
- Hacer uso de los materiales didácticos y/o apoyarse creativamente de recursos comunitarios existentes.
- Validación del proyecto.
- Esbozar algunas acciones concretas que se puedan realizar en lo inmediato.
- Acordar la modalidad de convocatoria para talleres o reuniones de diferente tipo.

Fuente: Plan de Trabajo de la Red Comunitaria de Salud y Ambiente. Proyecto: Atención integral en salud reproductiva y violencia familiar en comunidades indígenas de municipios de alta marginación. Componente Chiapas

Anexo 4C. Experiencia del proceso para la formación y funcionamiento de la Red Social en Chiapas

Para entender y valorar el camino que se siguió para la conformación de la RED es necesario revisar las características de las diferentes etapas de este proceso.

Origen:

Desde el inicio del proyecto, se contempló la posibilidad de impulsar la formación de una Red Comunitaria que se convirtiera en el órgano que le otorgara sustentabilidad a las acciones comunitarias derivadas del Proyecto. Por lo que la creación de la RED y su validación ante la población como una organización comunitaria y no institucional, se dio a partir de un proceso en que logró construir significado a su objetivo y sentido a su organización, configurándose un modelo de organización que busca ser autosustentable.

Primera etapa:

En esta fase fueron convocados de manera abierta y con el apoyo de las autoridades municipales, jóvenes y promotores de todas las comunidades a participar en un taller inicial sobre el objetivo del proyecto: contribuir a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población. En este primer momento, se trabajaron ejercicios que exploraron las percepciones sobre los roles de género que tradicionalmente desarrollan mujeres y hombres en la vida comunitaria. Desde el principio fue claro para los facilitadores que una parte importante de los participantes aceptaban abiertamente la desigualdad en los roles y la falta de oportunidades de las mujeres para tomar decisiones por sí mismas y que la RED podría lograr poco a poco mejores condiciones para que las mujeres no murieran en el momento del parto o complicaciones asociadas a la etapa reproductiva. Esta era una de las razones más visibles que los miembros de la red identificaban como una de las metas del trabajo en RED.

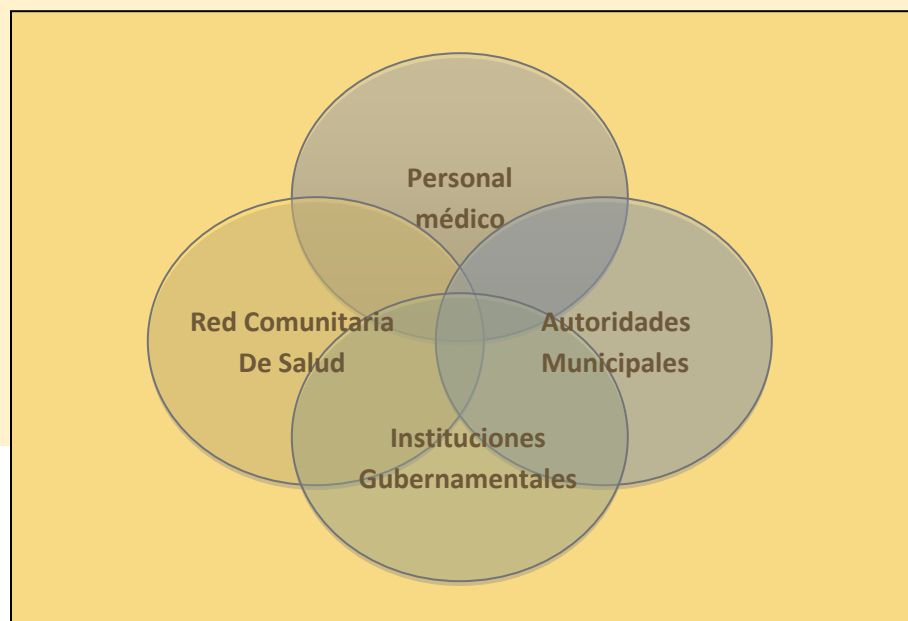
En asamblea comunitaria se nombró al representante que formaría parte de la RED. En esta experiencia todos fueron hombres excepto en una comunidad, donde se nombró a una mujer. Una vez integrado el grupo que formaría la Red, se trabajó con ellos en procesos de formación

que fueron dirigidos a identificar de manera más específica los problemas de salud que aquejan a las mujeres y las posibles soluciones a dichos problemas que incluían una visión también del cuidado del ambiente. También fue importante hacer una mirada crítica a las transformaciones que han tenido las comunidades en las últimas tres generaciones y a la manera en que se ha transformado y afectado la vida comunitaria. Otro aspecto sustancial fue explorar el concepto de RED dentro de la comunidad, es decir, las vinculaciones que tendrían que establecerse al actuar la comunidad organizada en torno a la salud sexual y reproductiva.

El siguiente paso fue el nombramiento de un equipo coordinador, para posteriormente desarrollar una agenda de trabajo con temas más específicos para lograr una mayor comprensión de los alcances de la red en cuanto a su protagonismo y a la relación con los diferentes socios directos en una acción colaborativa, participativa y propositiva. Se revisó el Modelo de Operación del proyecto aceptando la visión de la participación de hombres y mujeres en una relación de equidad ante las tareas de la vida cotidiana y en cuanto a los roles que la en la vida comunitaria se asignan a ser Hombre y ser Mujer.

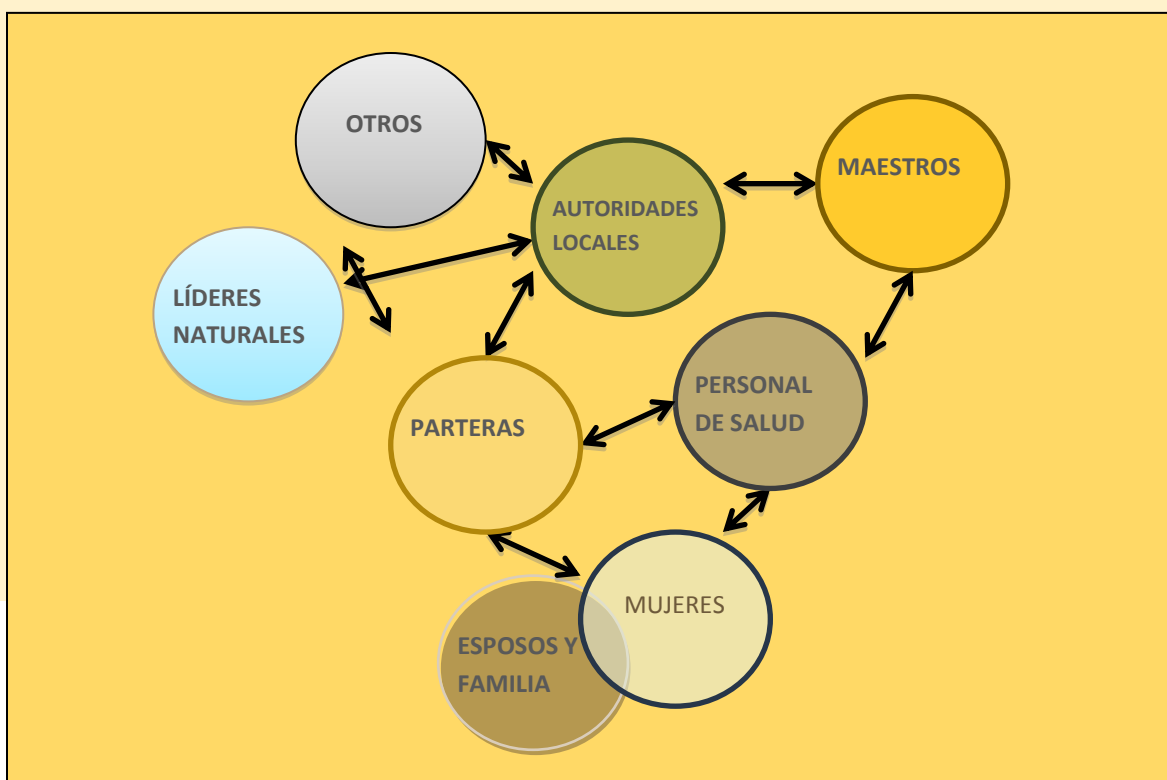
En esta etapa la Red Comunitaria de Salud y Ambiente ya estaba integrada por mujeres y hombres denominándose "Red Un solo Corazón" porque las parteras se integraron a ella fortaleciendo en cantidad de integrantes pero además en presencia social ante la población de las comunidades.

A partir de este proceso se generaron acciones conjuntas con el personal médico, las Autoridades municipales, y las instituciones gubernamentales con participación en el proyecto. Entendiendo que toda acción que logre ser avalada por dichos actores o socios, tendrá más garantía de ser aceptada por la población en general y abrirá camino a la gestión en instituciones y organismos diversos.



Como parte del proceso de gestión de la RED, esta debe asegurarse en asambleas comunitarias, en reuniones con los comités de educación y salud, así como en la comunicación cotidiana, que la población de las comunidades conoce el proyecto. Si no es así, deberán informar de todo el proceso que se ha seguido, generando una Red Interna en cada comunidad y proponiendo una acción colaborativa entre: autoridades locales, parteras, personal médico, maestros, esposos y padres de mujeres embarazadas, taxistas, representantes religiosos y líderes naturales para asumir el compromiso de responsabilizarse de la salud de las mujeres y la de sus hijos durante el embarazo, parto y puerperio.

Como estrategia recomendada se propone la elaboración de Planes de Seguridad en cada localidad liderados por el personal de salud de la unidad médica más cercana con el apoyo pleno de la RED. También en esta etapa la RED se reunirá a sesionar (equipo coordinador) con autoridades municipales y con las instituciones que han coordinado el proyecto para obtener apoyo y seguimiento a las acciones de comunicación y sensibilización dentro de las comunidades. La RED solicitará a las autoridades municipales que realice la convocatoria y que facilite el traslado de los convocados hacia estas reuniones y hacia las demás comunidades.



Primera etapa: Comunicación y sensibilización a toda la población de las comunidades.

- > **Nombrar equipo coordinador en reunión convocada por las autoridades municipales**
- > **Sensibilizar a la población de los beneficios del proyecto**
- > **Acordar agenda de reuniones con autoridades municipales y el comité técnico para fortalecer Estrategia de comunicación y sensibilización**
- > **Hacer visible la red local en cada comunidad para emprender planes de seguridad en cada localidad**
- > **Se recogen las ideas, impresiones y propuestas de la comunidad.**
- > **Se agenda reuniones de trabajo entre personal médico y parteras para definir un plan colaborativo de atención y seguimiento a mujeres embarazadas**
- > **Se agenda reuniones de intercambio de saberes entre médicos y parteras.**

Segunda etapa:

El equipo coordinador trabaja con el comité interinstitucional para hacer una revisión de programas y apoyos que pueden otorgar las instituciones participantes. Todos los apoyos deberán estar dirigidos a mejorar las condiciones de salud de las mujeres: reuniones de sensibilización e información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar, recreación, convivencia familiar (proyección de videos, películas, sesiones lúdicas) o de capacitación en procesos técnicos que les ayuden a obtener ingresos propios: huertos, herbolaria, reciclado de basura, entre otros. Al mismo tiempo la RED solicitará asesoría de estas instituciones y a las autoridades municipales sobre programas estatales o federales que asignen recursos en beneficio

Segunda etapa: Implementar una agenda de gestión y otorgamiento de apoyos interinstitucionales (de 2 a 3 meses)

- > **Revisión de programas de formación, comunicación y educación de las instituciones que puedan ser implementados en las comunidades de la red, que beneficien la salud sexual y reproductiva en específico.**
- > **Detectar asignaciones y recursos presupuestales de cada institución estatal participante y del ayuntamiento, dirigidos a comunidades indígenas para solicitarlos.**
- > **Identificar recursos federales en instituciones estatales que puedan bajarse a través de la asociación civil**
- > **Gestionar ante las instituciones y el ayuntamiento la asignación de asesores que orienten sus búsquedas.**

de la salud de las mujeres indígenas.

Tercera etapa:

En la tercera etapa, la RED revisa las acciones emprendidas reconociendo aquellas que fueron exitosas y las que no lo fueron. En esta fase, debe de hacerlo preferentemente con asesores externos para lograr un nivel de reflexión riguroso (análisis FODA) que le permita replantear las estrategias o los planteamientos donde no hubo los resultados esperados pero sí aprendizajes. De acuerdo a los resultados, la RED tendrá que hacer los ajustes necesarios a su plan, a las estrategias utilizadas, a las formas de comunicación y a quienes fueron responsables de dicha comunicación.

Como se ha planteado, uno de los ejes de trabajo sobre los cuales descansa toda la Tarea de la RED es la gestión, tanto al interior como al exterior de las comunidades. Por lo tanto, sus miembros deben ir mejorando sus habilidades como gestores, lo cual no podrá lograrse si no cuentan con asesoría de parte de las instituciones participantes en el comité técnico del proyecto. Dicha asesoría debe consistir en un conocimiento amplio de las vías de acceso a los actores institucionales que son claves para dar fluidez a solicitudes y gestiones.

Tercera etapa: la RED revisa las acciones emprendidas reconociendo aquellas que fueron exitosas y las que no lo fueron identificando aprendizajes

- > **Organiza proceso de revisión con el asesoramiento y acompañamiento de actores externos.**
- > **Las sesiones se deben desarrollar en lengua materna.**
- > **Rehacer el plan de trabajo aunque se valore mucho, es preferible reemprender el plan.**
- > **Hacer análisis exhaustivo de las acciones de gestión hacia al interior de las comunidades y hacia las instituciones y organizaciones.**
- > **Identificar las habilidades básicas del gestor en el seguimiento de procesos iniciados.**

Fuente: Plan de Trabajo de la Red Comunitaria de Salud y Ambiente. Proyecto: Atención integral en salud reproductiva y violencia familiar en comunidades indígenas de municipios de alta marginación. Componente Chiapas.

**Anexo 4D Carta Descriptiva de Taller de Capacitación
Redes Sociales
Proyecto Hidalgo**

Objetivo: Proporcionar herramientas necesarias para el fortalecimiento de las Redes Sociales en las comunidades con el fin de solucionar emergencias, elaborar planes de trabajo y solicitar recursos para el desarrollo de sus actividades.

TIEMPO	TEMA	DESCRIPCION	OBJETIVO	MATERIAL
10:00 a 10:15 a.m.	Presentación y encuadre	El facilitador se presentara y dará a conocer el tema que trabajara con ellos.	Que los integrantes del grupo conozcan el tema que se trabajara en los dos días del taller.	
10:15 a 10:20 a.m.	Nombres en tarjetas y encuadre	Cada uno anotara en una tarjeta que el facilitador les proporcionara su nombre y se lo pegaran para conocer el nombre de cada uno de ellos.	Que todos los integrantes del grupo se llamen por su nombre	Marcadores Tarjetas Masking.
10:20 a 10:35 a.m.	Dinámica de presentación “voy a ir a Acapulco” y encuadre.	El facilitador explicara a los miembros del grupo que afuera hay un camión esperándolos para ir a Acapulco, pero para poder ir tendrán que ganarse su boleto a través de decir una frase la cual contiene la pista para obtener su boleto. Ejem. “mi nombre es Gloria quiero ir a Acapulco y voy a llevar unas Galletas” y “si voy a Acapulco”	Conocerse y romper el hielo entre los integrantes del grupo.	
10:35 a 10:50 a.m.	Conocimientos previos.	El facilitador aventara una pelota a los integrantes del grupo para que compartan con todos su experiencia de ser parte de una red social y sobre capacitaciones anteriores.	Conocer las experiencias y el sentir de los integrantes del grupo.	Una pelota.
10:50 a 11:00 a.m	Dinámica “Azul-Azul”	El facilitador pedirá a los integrantes del grupo que se pongan de pie y les explicara sobre un personaje llamado AZUL-AZUL el cual dará las instrucciones de lo que quieren que ellos hagan,	Generar empatía entre ellos y que se organicen en equipos pero con un integrante diferente de cada red.	
11:00 a 11:25 min.	Compartiendo experiencias	Se sentaran en equipos y compartirán la forma de trabajo de su red social entre ellos.	Conocer acerca de la forma de trabajo de las redes sociales para generar ideas y poderlas aplicar en su propia red.	
11:25 a 11:40 a. m.	Reflexión	Compartirán con todos de lo que se dieron cuenta al escuchar la forma de trabajo de sus compañeros.	Generar ideas de lo que pueden aplicar en el trabajo de su red social en base de lo	

			que escucharon.	
11:40 a 12:00 p.m.	Conflicto	El facilitador expondrá el término de conflicto.	Conocer el término de conflicto.	Proyector Diapositiva.
12:00 a 12:30 p.m.	RECESO			
12:30 a 12:50 p.m.	Dinámica “Nudo Humano”	El facilitador pedirá 7 voluntarios los cuales se pondrán de espaldas al resto del grupo, los demás se pondrán de pie en círculo agarrados de las manos y sin soltarse se enredaran, cuando estén listos los voluntarios trataran de desenredarlos para que queden como a un principio.	Concientizar al grupo de la forma en la que actuamos ante un conflicto, el como tratamos de solucionarlo y como trabajamos en equipo ante ello.	
12:50 a 1:05 p.m.	Solución de conflictos.	El facilitador expondrá el término de solución de conflictos y acerca de la importancia de estos dentro de grupos y redes sociales.	Concientizar a los integrantes del grupo acerca de la importancia de la solución de conflictos dentro de sus redes sociales.	Proyector Diapositivas
1:05 a 1:15p.m.	Conocimientos previos	El facilitador preguntara a los integrantes del grupo que entienden por un plan de trabajo y para que nos sirve dentro de una red social.	Indagar sobre los conocimientos previos de los integrantes del grupo acerca del tema.	
1:15 a 1:30 p.m.	Plan de trabajo	El facilitador expondrá ante el grupo que es un plan de trabajo.	Identificar el concepto de Plan de Trabajo y los beneficios que este conlleva.	Diapositivas Proyector
1:30 a 1:50 p.m.	Dinámica “Trenes”	Estarán con los integrantes de su red social, se pondrán en fila y el coordinador estará al final, el objetivo es que circulen los trenes por toda el aula sin chocar con los demás, el ultimo de la fila es quien conduce, tocando el hombro izquierdo caminaran a la izquierda, el derecho a la derecha y tocando la cabeza se detendrán, solo que irán posando la información de uno en uno hasta llegar al de adelante, mientras no sea así el de enfrente seguirá caminando sin detenerse.	Concientizar al grupo de la importancia de una buena organización dentro de una red, la organización que tienen y los pasos que se tienen que seguir.	
1:50 a 3:00p.m.	¿Cómo elaborar un plan de trabajo?	El facilitador expondrá los términos y como elaborar un plan de trabajo.	Que los integrantes de las redes sociales conozcan los pasos para desarrollar su propio plan de trabajo.	Diapositivas. Proyector
3:00 a 3:10 p.m.	Problemática para otro equipo.	Los equipos desarrollaran una problemática, la cual será asignada a otro equipo para que busquen solucionarla.	Encontrar alternativas de soluciones a los conflictos y emergencias que se presentan en la realidad.	Hojas. Lapiceros.
3:10 a 3:20 p.m.	Solucionando la emergencia.	Buscaran entre todos los miembros del equipo la forma de encontrar solución a la emergencia que les toco, detallando los pasos a seguir en dicha emergencia.	Buscar soluciones a las diversas emergencias que se les puedan presentar.	
3:20 a 3:50	Compartiendo	Expondrán por equipos la	Que entre todos los equipos	

p.m.	soluciones.	problemática que les toco y dirán la solución que encontraron para la misma.	comenten otras alternativas de soluciones que podrían llevar a cabo en la misma situación.	
3:50 a 4:00 min.	Cierre del día.	Que comenten como se sintieron y que se llevan de este día.	Que el facilitador escuche las necesidades y comentarios del grupo para el siguiente día.	Diapositiva Proyector
JUEVES 25 DE MAYO				
10:00 a 10:05 a.m.	Presentación	El facilitador dará la bienvenida nuevamente a los integrantes del grupo.	Dar inicio a la capacitación del día de hoy.	
10:05 a 10:25 a.m.	Ejercicio de gimnasia cerebral "El Abecedario"	Todos los integrantes del grupo se pondrán de pie y leerán el abecedario al mismo tiempo que harán la indicación que este debajo de cada letra.	Romper el hielo y ejercitar los hemisferios cerebrales para una mejor retención.	Diapositiva Proyector
10:25 a 12:00 p.m.	Sociodramas	En equipos los participantes desarrollaran un sociodrama acerca de los beneficios y ventajas que conlleva tener un plan de trabajo y la presentaran ante todo el grupo.	Concientizar a los participantes de los beneficios de llevar a cado un plan de trabajo.	
12:00 a 12:30 p.m.	RECESO			
12:30 a 1:00 p.m.	Dinámica "El cocodrilo"	Se simulara un río con las sillas de el aula, todos los integrantes del grupo estarán de un lado, el objetivo del grupo es pasar ese río solo con la ayuda de unas hojas que el mismo les facilitara, mientras los integrantes del grupo se mantengan sobre las hojas no pasara nada pero si no el cocodrilo (que será el facilitador) se los comerá, deberán cuidar sus hojas o el cocodrilo se las quitara, todos los integrantes tendrán que cruzar el río.	Generar un ambiente de colaboración y trabajo en equipo entre los participantes para alcanzar su meta.	14 hojas opalina gruesa
1:00 a 1:20 p.m.	Colaboración y peticiones entre redes sociales.	El expositor expondrá ante el grupo de la necesidad que tienen las redes de brindarse apoyo entre ellos para obtener mejores resultados en su desempeño.	Generar conciencia de la importancia de compartir y apoyarse entre redes sociales.	Diapositiva Proyector
1:20 a 1:40 p.m.	Dinámica "El círculo"	El facilitador pedirá 5 voluntarios y los sacara de el aula, el resto del grupo se pondrá en círculo bien pegados y el facilitador solo les dirá que se pongan atentos porque los que están afuera trataran de entrar al círculo, a los de afuera les dirá que en el aula sus compañeros están en círculo y les van a impedir entrar pero que tienen que conseguirlo a como de lugar.	Que todos los integrantes reflexionen acerca de cómo consiguen las cosas y la actitud que presentan al momento de hacerlo.	
1:40 a 2:00	Comunicación.	El facilitador expondrá sobre las	Generar conciencia de la	Diapositivas.

p.m.		importancia de la comunicación entre los integrantes de las redes sociales	importancia de la comunicación.	Proyector
2:00 a 2:20 p.m.	Dinámica “comentarios positivos sobre mí”	Se pegaran una hoja en la espalda y todos los integrantes del grupo le escribirán un comentario positivo sobre su participación en el taller	Impulsar a cada participante a seguir dando lo mejor de sí en cada actividad realizada dentro de su red social.	Hojas Masking Lapiceros
2:20 a 2:40 p.m.	Comentarios de los participantes	Cada participante dará su comentario sobre el taller.	Que el facilitador descubra si el taller fue de utilidad para los integrantes del grupo.	
2:40 a 3:00 p.m.	Cierre	El facilitador dará las gracias al grupo por su asistencia al taller.	Cerrar el taller dado a las redes sociales.	Proyector Diapositivas

V. Guía Metodológica para la Sensibilización y Capacitación Intercultural

1. ¿Por qué es importante la Sensibilización y Capacitación Intercultural?

Existe consenso entre los diferentes organismos nacionales e internacionales, relacionados con las políticas y programas de atención a la salud reproductiva en comunidades indígenas, sobre la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud y desarrollar competencias interculturales que respondan a las necesidades de atención de la población. La capacidad del personal de salud para interactuar eficazmente con la población en contextos interculturales, es un tema prioritario para incidir en la mejora de la calidad de los servicios de salud reproductiva y por tanto en el objetivo de mejorar las condiciones de salud reproductiva de las mujeres indígenas.

Desde esta óptica en nuestro país la Secretaría de Salud ha impulsado un proceso para la sensibilización y capacitación intercultural del personal de salud que labora en localidades indígenas, como un elemento transversal de su capacitación, para lo que se ha desarrollado una propuesta curricular para la formación de profesionales de salud interculturalmente competentes, con habilidades para fomentar actitudes de respeto, diálogo y enriquecimiento mutuo, que faciliten la utilización de los servicios y la participación comunitaria. Adicionalmente, para promover enfoques integrales como parte de la política de atención de la salud reproductiva de las localidades indígenas, de forma paralela a la estrategia de capacitación al personal de salud, se han enfocado esfuerzos de capacitación a agentes comunitarios de salud y parteras tradicionales, con lo que se busca mejorar su capacidad para el reconocimiento de signos de peligro para las madres y sus recién nacidos, y que en casos de complicaciones promuevan su traslado oportuno a un centro de atención con capacidad resolutive.

El papel de los agentes comunitarios de salud, en el fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva adquiere especial relevancia en las actividades de promoción de la salud, que incluyen la difusión del uso de métodos de planificación familiar, la importancia de los cuidados y control del embarazo, la prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, entre otras. En tanto que las parteras tradicionales proporcionan atención y cuidados durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal. De acuerdo al Informe del Estado de las Parteras en el Mundo dado a conocer por el UNFPA en el 2011, durante los decenios de 1970 y 1980 se capacitó a decenas de miles de parteras tradicionales en África, Asia y América Latina, con el objetivo mejorar la supervivencia de las mujeres, reconociéndose que esta capacitación mejora sus conocimientos y actitudes, lo que puede conducir a reducciones en la mortalidad perinatal, aunque se menciona también la falta de pruebas concluyentes de la eficacia de estas actividades de capacitación y de sus efectos directos en la reducción de la mortalidad materna, por lo que se ha cuestionado esta estrategia, planteándose la necesidad de nuevos enfoques,

al reconocerse el papel fundamental de las parteras tradicionales en el sistema de relaciones de sus comunidades, donde ejercen una influencia importante.

Sin duda el reto para el sistema de salud y los proyectos como el Modelo propuesto para la Atención de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas, es desarrollar procesos de sensibilización y capacitación integrales dirigidos a personal de salud y comunitario vinculado a la atención de la salud reproductiva de las mujeres indígenas, desde un enfoque intercultural, que permita mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud reproductiva en el primer nivel de atención. En este sentido es importante considerar que en una estrategia de sensibilización y capacitación intercultural, el personal que actúa como facilitador del proceso, se enfrenta a prejuicios, que no pueden ser cambiados si no se interviene desde el campo cognitivo-emocional que implique la transformación de percepciones a nivel personal, grupal, comunitario e institucional.

Para llegar a esta transformación es primordial que los agentes externos sean plenamente conscientes de que su papel como promotores del cambio, implica la revisión crítica de sus referentes, ideas o creencias respecto a la problemática que se aborda, pero también en relación a la acción misma de constituirse en agente generador del cambio. Desde este planteamiento, el primer trabajo formativo debe dirigirse al equipo ejecutor del proyecto donde se reflexione con cierto nivel de profundidad epistemológica y con una visión intercultural crítica, acerca de la problemática de salud reproductiva de las comunidades indígenas, para que en ese entorno se haga más factible la gestión de iniciativas de solución participativas orientadas al cumplimiento de objetivos propuestos.

El papel influyente de los actores formadores para elevar el nivel de participación y aportación de la población en la realización de acciones comunitarias desde las prácticas culturales y sociales, que promuevan su autogestión social en la solución de problemas de salud reproductiva, requiere del fortalecimiento de capacidades locales para enfrentar el reto que el proceso implica, por lo que este es un eje clave para la acción. En este marco, el Modelo propone un cambio sustancial del proceso formativo típico (capacitación) institucional y de aprendizaje social, con la incorporación de metodologías para el desenvolvimiento de los participantes como personas reflexivas-creativas e íntegras, portadoras de competencias (habilidades, disposiciones y valores) para la acción educativa en los diferentes ámbitos del proyecto.

La propuesta metodológica para la sensibilización y capacitación, toma como punto de partida los referentes conceptuales y principios metodológicos definidos como parte del Modelo, además de retomar orientaciones teóricas pedagógicas propuestas desde la educación popular, como forma de articular la participación comunicativa para el reconocimiento de la realidad de los actores, como sujetos con capacidad de transformar su realidad y a sí mismos. El trabajo pedagógico, -por la magnitud del Modelo- se plantea como una plataforma de construcción colectiva que permita a cada una de las instituciones participantes aportar sus percepciones, experiencia y conceptualizaciones, acerca de las significaciones esenciales del proyecto.

2. Objetivos de la Sensibilización y Capacitación Intercultural.

- Favorecer el desarrollo actitudes y prácticas que fomenten el diálogo de saberes entre los diferentes actores institucionales y comunitarios, para su sensibilización sobre la necesidad de la articulación de los sistemas de atención institucional y tradicional, en beneficio de la salud reproductiva de la población.
- Contribuir a la institucionalización del desarrollo de competencias interculturales como parte del proceso de capacitación del personal de salud, para fomentar el respeto al derecho a la salud de los pueblos indígenas.
- Fortalecer los servicios de partería, el trabajo en salud de promotores comunitarios y brigadistas juveniles con la mejora de competencias, la promoción del trabajo en Red y el desarrollo de vínculos de trabajo con el personal de salud, como soporte para la atención de emergencias obstétricas.

3. ¿Quiénes participan en la Sensibilización y Capacitación Intercultural?

Desde los planteamientos expuestos anteriormente se propone un diseño metodológico para la sensibilización y capacitación de todos los actores identificados como socios directos: las parteras tradicionales, el personal de los establecimientos médicos, los promotores comunitarios, las brigadas juveniles y las redes sociales. Las acciones para la sensibilización y capacitación de cada uno de los actores, serán desarrolladas por personal especializado en cada una de las temáticas como un proceso articulado con base en una misma línea metodológica de construcción de conocimiento.

Los formadores especializados por área temática podrán ser personal de alguna de las instituciones vinculadas a la ejecución del Modelo o bien asesores contratados específicamente para desarrollar alguna de las actividades de la capacitación. Lo importante es que cada uno de los eventos, se desarrolle de acuerdo a los principios metodológicos definidos y considerando la transversalización de los enfoques conceptuales del Modelo: género, derechos e interculturalidad.

La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural junto con otras direcciones de la Secretaría de Salud, cuentan con amplia experiencia en procesos de capacitación para el desarrollo de competencias interculturales del personal de salud, en tanto que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ha desarrollado metodologías para la sensibilización y capacitación en temas de género y salud reproductiva, que pueden ser capitalizadas en iniciativas que buscan mejorar las condiciones de salud reproductiva de la población indígena, para su mejor desempeño.

4. Ruta metodológica para la Sensibilización y Capacitación Intercultural.

La capacitación en un contexto intercultural, debe trascender el interés en que los individuos se apropien de ciertos conocimientos, para convertirse en un proceso organizado y sistemático que invita a generar nuevos conocimientos a partir de lo que se vive y de la información que se comparte. El encuentro intercultural ofrece la posibilidad de desarrollar múltiples y variados aprendizajes a partir de compartir la riqueza cultural de la que son poseedores los diversos grupos que interactúan en el proceso. En este sentido una consideración esencial del proyecto es el diseño de situaciones y acciones que propician ese encuentro intercultural para analizar y comprender nueva información.

a) Orientación Metodológica.

En la primera parte del documento se describen los principios metodológicos del Modelo como elementos que orientan su ejecución como proceso formativo integral, por lo que; la integralidad, la reflexión crítica, el aprendizaje significativo y la apropiación, deben servir como referentes conceptuales fundamentales en la planeación y ejecución de las actividades a desarrollar para la sensibilización y capacitación. Es a partir de la aplicación de estos principios metodológicos como se podrán emprender procesos en los que los actores se apropien desde un plano interno de los temas o campos de conocimiento implícitos en el proyecto, reconociendo las múltiples dimensiones de la problemática que la salud reproductiva significa, es decir, ocuparse en su amplia dimensión de la complejidad de las relaciones entre el personal de salud y las mujeres que llegan a los establecimientos médicos, entre las parteras y las o los médicos, entre las mujeres y los distintos actores de la estructura social en la que viven, etc.

Adicionalmente se propone para el desarrollo de las acciones de sensibilización y capacitación de los agentes comunitarios de salud y parteras, la consideración de tres elementos metodológicos: la oralidad, la construcción de relaciones de confianza y el diálogo de saberes.

La oralidad como medio y como fin.

La población participante en los eventos de capacitación ya sean parteras, promotores, jóvenes brigadistas, representantes comunitarios, etc. cuando son convocados debidamente, acuden a capacitarse no para transformar su pensamiento a solicitud del formador, sino para ver qué utilidad práctica tiene para ellos, pero su pensamiento y percepción del mundo poco tiene que ver con la del grupo ejecutor convocante. En este sentido, para evitar la pérdida de sentido e interés del participante, el formador debe adoptar un compromiso con la población indígena por comprender la esencia de su cultura y recurrir a los medios didácticos interculturales apropiados al contexto y características específicas de los actores.

Un medio idóneo para llevar a término práctico estos requerimientos, en contextos de trabajo con población indígena con pocos conocimientos y habilidades para la

lectoescritura, sin duda es la oralidad; ya que es la expresión y habilidad lingüística más importante de la cultura indígena, es a través de ella como se describe la vida cotidiana y se transmiten conocimientos y habilidades prácticas como las técnicas de cultivo, las artesanales, el conocimiento de las condiciones climáticas, etc. y también, precisamente por el uso tan amplio, se convierte en generadora de las ideas y de la comprensión de la realidad.

Entre los pueblos indígenas la comunicación oral es un modo de acción, donde las palabras poseen un gran poder. En la cultura oral “aprender significa lograr una identificación comunitaria, empática y estrecha con lo sabido” donde las actitudes y la práctica dependen más del uso de las palabras y por lo tanto de la interacción humana. La oralidad como orientación metodológica para la realización de actividades de capacitación, requiere el desarrollo de habilidades de habla y escucha por parte de los formadores, en este caso en el personal de salud; además de capacidades de pensamiento oral, para la comprensión de significados que nacen del contexto y la expresión orientada a permanecer siempre alrededor del tema, esto vinculado a la capacidad de abstracción que le permita repetir los elementos relevantes del proceso de aprendizaje grupal.

En relación a las técnicas y los métodos con que se puede ejercitar la oralidad como medio para el proceso de sensibilización y capacitación se proponen: la lluvia de ideas, la discusión, el estudio de casos, el diálogo, la dramatización y el juego de roles.

La construcción de relaciones de confianza a partir de la convivencia y el encuentro cotidiano.

Antes de emprender un proceso formal de capacitación y a la par de este, es necesaria la construcción de relaciones de confianza y empatía, a partir de espacios de encuentro en lo cotidiano, con la población en general y con los socios directos del proyecto. La confianza es un elemento básico para lograr la participación y compromiso de la población en las acciones y estrategias propuestas.

La confianza que se pueda generar entre las parteras, promotores, jóvenes de las brigadas y el personal de salud, incidirá en la posibilidad de trabajo conjunto. Además de los espacios de revisión formal de temas, es importante buscar encuentros para el diálogo informal, que abran la posibilidad de un acercamiento que permita conocer al otro desde su subjetividad, sus perspectivas e intereses. Este espacio-tiempo (convivencia, tomar alimentos juntos, diálogos, etc.) dará la oportunidad al equipo responsable y a los actores comunitarios de identificar vínculos, reconocer formas de pensamiento y expresión de las ideas, grado de interés en los planteamientos del proyecto, modos de reaccionar y de conocer de manera más cercana historias de vida, intereses personales, etc., es en definitiva, la oportunidad de construir una comunicación intercultural.

Dialogo de saberes como enfoque metodologico para la acción formativa.

En un proceso como el propuesto por el Modelo, el componente de sensibilización y capacitación parte del reconocimiento de las potencialidades y saberes de cada uno de los actores, a partir de los cuales se construyen los nuevos conceptos, por lo que resulta fundamental partir de lo que cada uno de ellos sabe, cree o conoce respecto a los problemas y temáticas relacionadas con la salud reproductiva en sus comunidades. En este sentido el dialogo de saberes permite reconocer que el otro es poseedor conocimientos.

El dialogo de saberes como enfoque metodológico, pretende que todos los actores se comprendan a sí mismos y sus realidades de una forma más integral y completa; esta posibilidad de interacción puede ser el primer paso para la creación de vínculos más equitativos en el marco de las relaciones entre el personal de salud y los actores comunitarios. El diálogo de saberes se desarrolla en la diversidad de los conocimientos, posiciones y miradas interpretativas de la realidad, que en las diferentes prácticas de atención pueden representar contradicciones, pero también complementariedades. Es en este sentido que el impulso de un diálogo de saberes puede contribuir a la interacción desde una posición de cooperación y apoyo mutuo.

Desde esta perspectiva, en el proceso formativo de los diferentes actores se debe superar el rol asignado al personal de salud como el único poseedor de conocimientos, y reconocer que cada persona, posee un conocimiento, un saber, construido de diferentes formas y en diferentes espacios; entendiendo por lo tanto, que hay muchos conocimientos y saberes, con lo que se rompe la idea de en la sociedad están quienes tienen el saber y quienes no lo tienen.

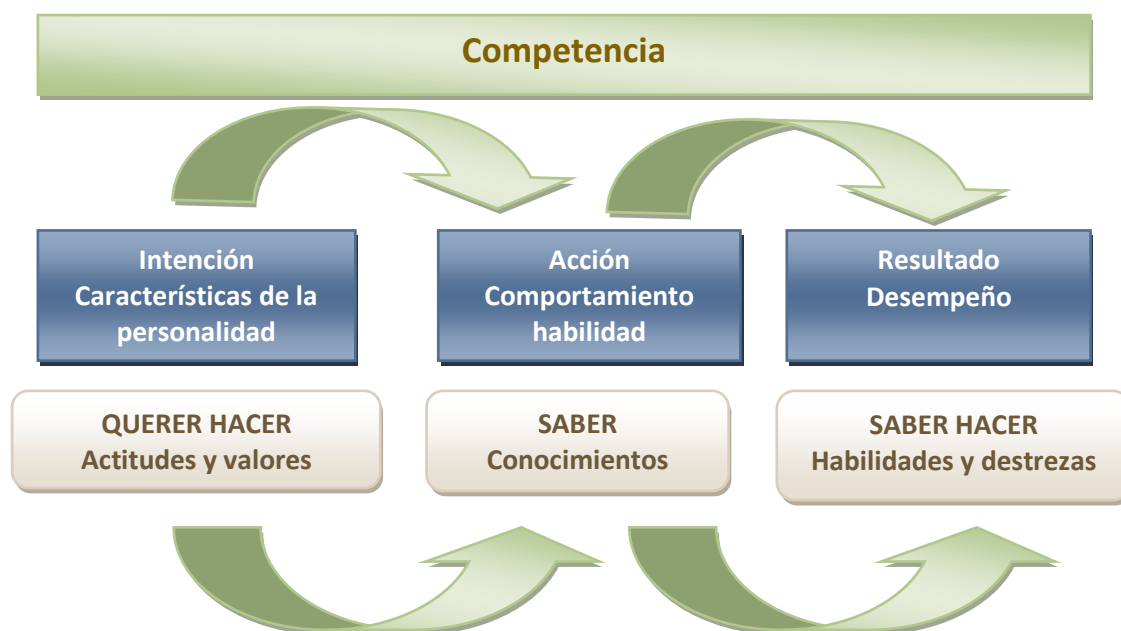
Escuchar, conocer y comprender las implicaciones que tiene la cosmología indígena en la medicina tradicional y en la concepción de los procesos de salud enfermedad, desde un dialogo respetuoso, es fundamental en la formación para la adquisición de competencias interculturales para la transformación de las actitudes y prácticas del personal de salud.

En el diálogo se reconoce al otro como actor y promueve en cada uno capacidades de reflexión, permitiendo que los involucrados puedan observar todas las dimensiones que conforman su ser, estar, tener, querer, conocer, expresar y sentir. Ahora bien, es importante señalar que este reconocimiento, este dialogar deberá inspirar todas las acciones y relaciones referentes a las prácticas de promoción y atención de la salud reproductiva en las comunidades.

Como menciona Miriam Bastidas y colaboradores “Un profesional de la salud comprometido con el diálogo de saberes debe hacer, entonces, un esfuerzo reflexivo doble: de un lado, afrontar las presiones externas que se oponen al florecimiento de prácticas pedagógicas alternativas; de otro lado, tratar de llevar a cabo una transformación interna como ser humano, porque el diálogo de saberes es una opción ontológica frente al otro y frente al conocimiento, más que un asunto de técnicas o procedimientos”

b) Definición de competencias a desarrollar.

Una competencia es definida como la “capacidad de realizar una acción concreta al disponer simultáneamente del conjunto de conocimientos necesarios para su desarrollo (*saber*), las habilidades o destrezas requeridas para realizarla (*saber hacer*) y la actitud orientada a su realización y la obtención de un resultado eficiente (*querer hacer*)”. Así mismo la psicología cultural, plantea el desarrollo de competencias como un proceso complejo de desempeño en un determinado contexto, desde el concepto de que la mente y el aprendizaje son una construcción social y requieren de la interacción con otras personas.



Desde estas concepciones el desarrollo de competencias como enfoque educativo, orienta aspectos específicos del diseño curricular para el aprendizaje de conceptos y habilidades específicas, que permitan integrar los conocimientos, las destrezas, las habilidades, los valores y las actitudes en el desempeño de la práctica, en este caso del personal de salud, de los agentes comunitarios de salud y de las parteras.

Las competencias como conjunto de capacidades y aptitudes que se espera desarrollar a través del proceso formativo de capacitación, permitirán que cada uno de los actores realice las acciones de prevención y atención de la salud reproductiva, considerando la complejidad del contexto comunitario. Entendiendo además la importancia de desarrollar competencias interculturales para el trabajo conjunto de atención de la salud reproductiva. Definiéndose la competencia intercultural como “ la habilidad para negociar los significados culturales y de actuar comunicativamente de una forma eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes.”

En el personal de salud como facilitadores del proceso:

Definido el contexto de la intencionalidad pedagógica, se plantean las competencias que como facilitadores de los distintos procesos a emprender, debe desarrollar el personal de salud, no de manera aislada sino en trabajo colectivo:

- Capaces de hacer rupturas con modelos únicos de salud
- Capaces de cuestionar los estereotipos y patrones ideológicos como verdades absolutas.
- Capaces de aprender y desaprender permanentemente.
- Capaces de imaginar y de crear nuevos espacios y relaciones entre los seres humanos concretos con quienes se convive, se trabaja y se interactúa en general.
- Capaces de desarrollar sus potencialidades cognitivas, emocionales y espirituales como hombres y como mujeres.
- Invierta tiempo en conocer la cultura en que está desempeñando sus funciones.
- Escuchar lo que la comunidad tiene que decir.
- Demostrar respeto.
- Ser paciente.
- Lograr el apoyo de las autoridades y líderes a escala local.
- Evitar emitir juicios de valor, medir sus expresiones.
- Cumplir sus promesas, de cualquier tipo.
- Destacar lo positivo de las personas. Celebrar los logros.
- Crear oportunidades para la mujer.
- Fomentar la capacidad de la comunidad.

Una de las condiciones para lograr lo anterior, es desarrollar la capacidad empática. La empatía nos ayuda a construir relaciones educativas de calidad, implica apertura al otro, es decir, disposición para establecer una comunicación eficaz y favorecer intercambios positivos y enriquecedores, y flexibilidad para comprender y adaptarse a nuevas situaciones y contextos. La comunicación intercultural es un proceso en el que siempre y necesariamente intervienen interpretaciones diversas, y en el que, por tanto, se puede aspirar a alcanzar algún tipo de entendimiento, que nunca será total ya que no hay interpretaciones universales. La incertidumbre de la comunicación no impide, sin embargo, que ésta sea eficaz y enriquecida, solo hay que construirla constantemente.

En las parteras como principal responsable del cuidado de la salud materna:

Convocar a talleres formativos a parteras tradicionales de las comunidades del municipio del proyecto, implica tener mucha claridad con la perspectiva intercultural que se construye en todos los procesos formativos que se emprenderán así como también comprender las características socio-históricas de las mujeres y los hombres que participarán en los talleres. Las parteras son poseedoras de valiosos conocimientos que son aprendidos de acuerdo a los procesos educativos que se heredan y construyen dentro de la comunidad. Las parteras pueden constituirse en verdaderas líderes educativas que incidan en la construcción de una vida más saludable para las mujeres y familias del municipio abordado.

Los talleres con las parteras aspiran a convertirse en una plataforma de recuperación de conocimientos y valores en torno a la salud de las mujeres que atienden, para llegar a una propuesta de organización, educación y comunicación en las comunidades que garantice una maternidad segura en un contexto de vida más disfrutable. El proceso de enseñanza para parteras tradicionales se plantea a partir de reuniones o encuentros para el intercambio de saberes desarrollados en su idioma por facilitadoras con dominio de las diferentes temáticas con el apoyo y participación del personal de salud. En estos espacios de reflexión colectiva se busca que las mujeres compartan sus conocimientos, escuchen la experiencia de mujeres más jóvenes o de más edad, expresen sus necesidades de nuevos conocimientos o prácticas de partería y que valoren su liderazgo para emprender acciones dentro de un plan de seguridad materna.

En tanto el producto parcial a obtener se orienta a la construcción colectiva de acuerdos sobre técnicas, procedimientos y conocimientos en la atención del embarazo, parto y puerperio de las mujeres. Posteriormente, se trabaja en una propuesta de las parteras sobre su vinculación con las instituciones de salud, así como su participación en el en una red social comunitaria de salud y se desarrollan actividades de capacitación en torno a temáticas para el desarrollo de capacidades y habilidades que contribuyan a fortalecer sus competencias y habilidades para:

- Atender partos limpios y seguros.
- Identificar señales de peligro antes, durante y después del parto para referir a las mujeres de forma oportuna.
- Realizar las acciones necesarias cuando se presenta una emergencia durante el embarazo, parto, después del parto y del recién nacido, de acuerdo al plan de acción y con el soporte de la Red Comunitaria y un sistema de referencia.
- Establecer buenas relaciones interpersonales para el diálogo con otras parteras, los promotores y personal de salud.
- Compartir lo aprendido con las mujeres de su comunidad especialmente con las embarazadas (como cuidarse durante el embarazo, donde buscar ayuda, animarlas para llevar un control prenatal médico y a prevenir complicaciones)
- Preservar sus conocimientos y transmitir habilidades y recursos terapéuticos a mujeres y hombres de la comunidad más jóvenes
- Promover la participación comunitaria fortaleciendo su liderazgo

En los promotores y brigadas juveniles como actores comunitarios para la promoción de la salud:

La estrategia de capacitar a promotores comunitarios, responde a la necesidad de fortalecer las unidades médicas de salud para realizar actividades de promoción, dichos promotores deberán ser hablantes de su lengua y personajes clave de sus comunidades, lo que permitirá un mejor acercamiento con la población al formar parte de su cultura y compartir sus necesidades de salud reproductiva como miembros de la comunidad.

Los talleres de capacitación y sensibilización dirigidos a los promotores, tienen la finalidad de que proporcionar información básica relacionada con la salud reproductiva para desarrollar acciones de información con los hombres y mujeres en las localidades, motivando a la población a un mayor auto cuidado de su salud reproductiva.

Adicionalmente el Modelo incluye la formación de Brigadas Juveniles en las localidades participantes, quienes interactúan con los promotores y los prestadores de servicios del Centro de Salud, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud reproductiva principalmente en las escuelas de educación media superior, en temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, violencia, el uso correcto de preservativos y métodos anticonceptivos, entre otros. Se busca además que los jóvenes brigadistas promuevan el uso de los servicios de salud reproductiva entre la población joven de la localidad.

Para los promotores comunitarios y brigadistas juveniles, se plantea un proceso integrado por varios momentos de trabajo impartido por el personal de salud como facilitadores con la revisión de las diferentes temáticas para la atención integral de la salud reproductiva y desde los enfoques conceptuales propuestos. Con la reflexión a partir de cada línea de acción se reflexiona sobre las formas de trabajo para la promoción de la salud reproductiva como parte de un modelo de atención de salud reproductiva culturalmente adecuado.

La sensibilización y capacitación de los promotores de salud, como nexo entre la comunidad y el personal de salud, se encaminará al desarrollo de competencias para como agentes multiplicadores, para:

- Ayudar a que la comunidad tome conciencia de su situación de salud reproductiva
- Promover la organización comunitaria para participar activamente en la solución de sus problemas.
- Fomentar la reflexión crítica entre diferentes sectores de la población sobre los factores que inciden en la salud reproductiva, incluyendo las inequidades de género.
- Rescatar las raíces culturales y fortalecer los saberes de la medicina tradicional.
- Abrir y fortalecer espacios de interacción entre comunidad y personal de salud.
- Promover la utilización de los servicios de salud reproductiva

c) Planificación de agenda temática.

En los procesos de capacitación es necesario introducir un pensamiento estratégico intercultural para impulsar el desenvolvimiento de los participantes como personas reflexivas-creativas e íntegras, portadoras de habilidades, disposiciones y valores para lograr los efectos sociales deseados en el campo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. En ese sentido la planeación de los eventos de capacitación tiene que estar enmarcada desde los principios éticos interculturales para dar vida a la aplicación

de una intención formativa que anime y motive a todos los actores sociales a valorar y a participar activamente en los procesos de capacitación.

Con el propósito de tener un documento maestro sobre la intencionalidad pedagógica se debe contar con un documento del cual se deriven las propuestas que cada facilitador implementa siguiendo los principios pedagógicos asumidos por el equipo de sensibilizadores. Las propuestas o agendas de capacitación deben estar escritas en un documento accesible a cualquier persona que participe en el proyecto.

El diseño curricular establece las temáticas y los procedimientos a desarrollar como parte del proceso de sensibilización y capacitación de cada uno de los actores, y se construye a partir de:

- ⇒ Los objetivos del proyecto y sus enfoques conceptuales: derechos, género e interculturalidad.
- ⇒ La identificación de necesidades de formación y para el desarrollo de capacidades.
- ⇒ La consideración de perfiles de actuación en la atención de la salud reproductiva en las comunidades.
- ⇒ La secuencia lógica de los temas, que busca su integración coherente para el desarrollo de procesos de reflexión y análisis, que propicien cambios de actitudes y prácticas sucesivas.

Es importante tomar en cuenta que tanto las agendas de trabajo como las temáticas propuestas, están sujetas a continuas revisiones y ajuste, para depurar su pertinencia cultural, su nivel de conexión con la experiencia de los participantes y con sus aspiraciones fundamentales. En el anexo 5 se presentan las agendas temáticas desarrolladas para la sensibilización y capacitación de los diferentes socios directos, como parte de la propuesta metodológica del Modelo, que pueden servir de referente para la construcción de currículos de capacitación adecuándolas a los contextos y necesidades de capacitación identificadas.

d) Organización y ejecución de las actividades de capacitación.

La modalidad, los métodos y técnicas de capacitación se refieren a las diversas formas que existen para organizar y ejecutar los procesos formativos de manera que se logren alcanzar los objetivos propuestos, tomando en consideración la orientación metodológica, las competencias a desarrollar y la temática propuesta. La organización y la ejecución de los eventos para la sensibilización y capacitación, dependerá en gran medida de los recursos disponibles, pudiendo realizarse capacitaciones en el ámbito comunitario, con facilitadores de la propia organización o institución responsable de la gestión del proyecto, o bien actividades a nivel municipal, regional, estatal o nacional; con la participación de facilitadores tanto internos como externos.

En tanto que la modalidad educativa propuesta como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje, se basa en el desarrollo de seminarios, talleres, acompañamiento, grupos

focales, foros y encuentros. La definición de la modalidad con la que se aborde las temáticas propuestas para cada uno de los actores, será definida por el equipo responsable de la capacitación o bien por el personal encargado de facilitar el evento, considerando los objetivos propuestos de aprendizaje y las competencias que se espera desarrollar con cada uno de los temas definidos como parte de la agenda.

La selección de los métodos y técnicas de capacitación deberá tener presente los principios y orientaciones metodológicas definidas como enfoques conceptuales del componente de sensibilización y capacitación, además de los objetivos específicos de cada sesión educativa, así como los recursos con los que se cuente. La orientación de las técnicas didácticas de cada uno de los procesos está centrada en alcanzar una nueva lectura de la realidad compartida por todos los participantes. En términos de la educación popular diríamos: ponerse en acción implica que el proceso de la práctica – teoría – práctica y acción- reflexión-acción de los grupos de trabajo conduzca a la apropiación consciente de su práctica, transformándola permanentemente con vistas a lograr una nueva vida social.

Los participantes de cada uno de los procesos, debe vivir experiencias formativas distintas que partan de su experiencia de vida, contexto cultural y social, edad, género y nivel de responsabilidad en la prevención de la salud, generando diversas vinculaciones y construcciones al respecto para forjar un marco de referencia común sobre la problemática a incidir, los objetivos que se esperan lograr y la manera cómo se imaginan que esto suceda. Algunos de los métodos propuestos para este tipo de experiencia educativa, son: el estudio de casos, el aprendizaje basado en problemas, el diálogo de saberes, aprendizaje orientado a proyectos, aprendizaje cooperativo, entre otros.

Un evento de capacitación, sea taller, seminario o cualquier otra modalidad, es una acción educativa intencionada que debe responder a un objetivo explícito de lo que se espera lograr a partir de su ejecución, definir claramente los temas a desarrollar, las técnicas y procedimientos a utilizar, además de los medios y materiales necesarios. Otro aspecto fundamental es la definición del lugar donde se desarrollará el evento, así como los días y horarios del evento, para asegurar la mayor participación posible de los actores a quienes vaya dirigido el evento.

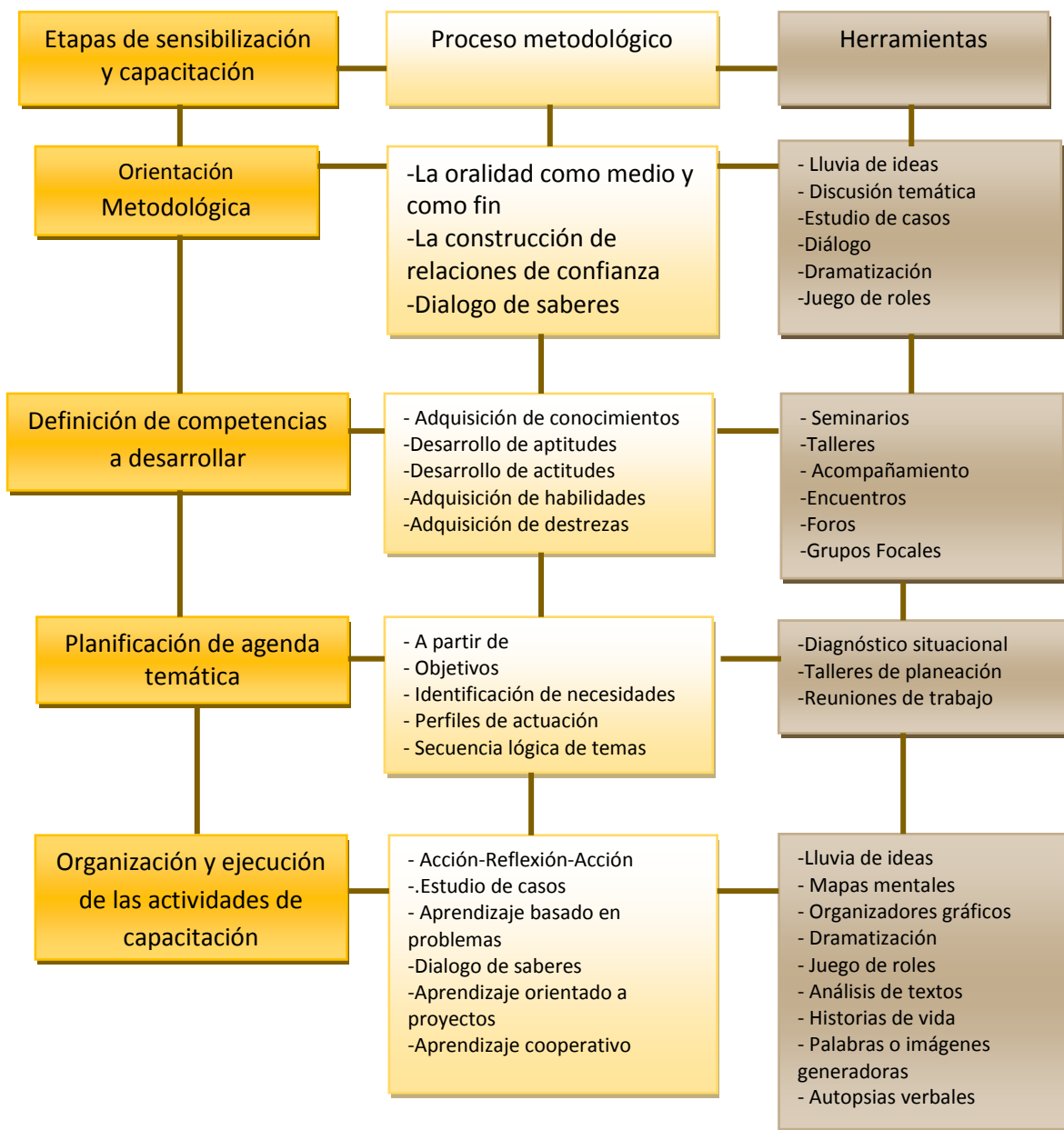
La planeación del modelo de capacitación con la calendarización de eventos, y la planeación didáctica de cada uno de éstos, permite la gestión de actividades articuladas en forma lógica y sistemática. Como un instrumento que permite presentar de manera esquemática y resumida la planeación didáctica de cada evento de capacitación se recomienda la elaboración de cartas descriptivas. Estas, proporcionan un marco de referencia para la conducción del proceso formativo, mostrando la interacción entre los objetivos, el contenido, las técnicas o procedimientos, el tiempo y los recursos definidos y seleccionados para cada evento. En el Anexo 5 correspondiente a las Herramientas Metodológicas para la Sensibilización y Capacitación, se presentan algunos ejemplos de cartas descriptivas y orientaciones metodológicas del proceso de capacitación desarrollado en los ámbitos del proyecto en Hidalgo y Chiapas.

Las técnicas seleccionadas deben permitir la reflexión, el debate y la elaboración de conocimientos colectivos. Algunas de estas pueden ser: una frase, una palabra, una imagen, un poema, un texto en audio, etc. Asimismo para alimentar el reconocimiento de la realidad y nuevos abordajes a su comprensión pueden utilizarse: historias de vida, situaciones reales, análisis de problemas, etc., que vayan provocando en el participante nuevas elaboraciones lingüísticas, culturales y sociales de sus saberes y conocimientos, actitudes y valores sobre los temas a debatir.

Contar experiencias, dialogar, preguntar, dudar, elaborar, demostrar, cuestionar, dibujar, graficar se integrarán a la propuesta metodológica que lleve al participante a generar un análisis crítico de la realidad para generar una visión propia que lo sitúe en una postura hacia el trabajo de prevención y atención de las líneas de salud reproductiva. Otras técnicas a utilizar para la expresión de ideas asociadas a un tema, para promover el pensamiento irradiante son: la lluvia de ideas con síntesis consensuadas, mapas mentales, organizadores gráficos, la discusión, la dramatización y el juego de roles.



Esquema de Ruta Metodológica para la Sensibilización y Capacitación Intercultural



5. Ideas fuerza para la incorporación de los enfoques conceptuales en la Sensibilización y Capacitación Intercultural.

- **El enfoque de derechos humanos.**
 - ✓ Asegurarse de transmitir los principios fundamentales de los derechos humanos y facilitar su análisis en el contexto comunitario.
 - ✓ Desarrollar capacidades locales para la promoción de los derechos reproductivos.
 - ✓ Fortalecer el diálogo sobre los derechos de la población indígena a la conservación de su cultura y al respeto a sus recursos terapéuticos tradicionales para la atención de la salud reproductiva. .

- **La equidad de género**
 - ✓ Incluir procesos reflexivos sobre patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres en relación a cada una de las temáticas abordadas en el proceso de capacitación, con el propósito de visibilizar las prácticas basadas en ideas estereotipadas, desde un enfoque de género.
 - ✓ Identificar las prioridades de capacitación para fortalecer el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres.
 - ✓ Favorecer el protagonismo de parteras y el reconocimiento explícito de sus saberes, como mecanismo para el fortalecimiento de su autoestima.
 - ✓ Propiciar que los eventos de sensibilización y capacitación funcionen como espacios de reflexión y asesoría, para la atención de la problemática de género relacionada con la práctica concreta del personal de salud, promotores y parteras.
 - ✓ Buscar la asesoría de organizaciones civiles o actores sociales vinculados al contexto regional que faciliten la transferencia de elementos conceptuales y herramientas metodológicas para el trabajo de género y salud reproductiva en las comunidades.
 - ✓ Promover la realización de encuentros de parteras, facilitando su desplazamiento fuera de la localidad, para el intercambio de saberes y el fortalecimiento de procesos organizativos.

- **La interculturalidad**
 - ✓ Garantizar la transmisión y comprensión adecuada de los conceptos, con la asistencia permanente en todos los eventos de capacitación, de intérpretes que faciliten una comunicación eficiente entre personal de salud y comunitario

- ✓ Promover la recuperación y fortalecimiento de saberes de la medicina tradicional.
- ✓ Adecuar todos los contenidos, herramientas y materiales de capacitación a las características del contexto comunitario de población indígena.
- ✓ Favorecer la construcción de una identidad colectiva entre los diferentes actores con participación en el cuidado y atención de la salud reproductiva en la comunidad.
- ✓ Favorecer un diálogo abierto para el intercambio de experiencias y saberes entre personal de salud, promotores y parteras, como medio para promover la sensibilización, el entendimiento, la reconciliación, la tolerancia e integración para mejorar la calidad de la atención de la salud reproductiva de las comunidades indígenas.
- ✓ Fomentar la adopción de enfoques multidisciplinarios en los procesos de capacitación para la adquisición de conocimientos, competencias y actitudes para la atención de la salud reproductiva en contextos interculturales.
- ✓ Fomentar el interés en el personal de salud para desarrollar relaciones interpersonales con las parteras que le permitan conocer su historia como mecanismo para avanzar en el reconocimiento y valoración de su quehacer por la salud de las mujeres en las comunidades indígenas.

Anexo 5 Herramientas Metodológicas para la Sensibilización y Capacitación Intercultural.

Anexo 5A Agenda Temática para la sensibilización y capacitación intercultural

Sensibilización en Interculturalidad y Género dirigido a Personal Directivo.

- Atención Integral en Salud Reproductiva y Violencia
- Perspectiva de Género
- Interculturalidad en la Atención en Salud
- Medicina tradicional
- Desarrollo humano
- Atención a la Salud Materna
- Métodos Anticonceptivos y Anticoncepción de Emergencia
- Derechos Sexuales y Reproductivos
- Medicina Tradicional
- Cáncer de Mama y Cérvicouterino.
- Perspectiva de Género y Violencia: el papel del personal de salud

Sensibilización y Capacitación de Personal de Salud

- Desarrollo humano
- Derechos humanos en salud y ética
- Perspectiva de género
- Derechos sexuales y reproductivos
- Mujer indígena: salud reproductiva, género y violencia
- Cultura, valores, racismo y discriminación
- Medicina tradicional
- Interculturalidad en salud
- Comunicación intercultural
- Atención a la Salud Materna en contextos interculturales
- Servicios de salud culturalmente sensibles
- Sensibilización sobre la cultura del buen trato para prestadores de servicios
- Intencionalidad pedagógica del proceso formativo
- Orientación-Consejería
- Herramientas didácticas y material educativo de bajo costo
- Métodos Anticonceptivos y Anticoncepción de Emergencia
- Consentimiento Informado
- Cáncer de Mama y Cérvicouterino
- Infecciones de Transmisión Sexual

Sensibilización y Capacitación de promotores y jóvenes brigadistas

- Construcción de significados: salud reproductiva, maternidad segura y servicios culturalmente sensibles.
- Participación y solidaridad social: "Salvar la vida de las mujeres aprovechando oportunidades"
- Red de Salud Comunitarias: uniendo esfuerzos
- Elaboración de planes de trabajo

- Medicina tradicional y la medicina occidental
- Derechos Sexuales y Reproductivos
- Perspectiva de Género
- Orientación-Consejería
- Herramientas didácticas y material educativo de bajo costo.
- Atención del Embarazo, parto y puerperio
- Signos y Síntomas del Embarazo de Alto Riesgo
- Violencia intrafamiliar
- Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/SIDA)
- Consentimiento informado
- Métodos Anticonceptivos
- Anticoncepción de Emergencia
- Uso Correcto del Condón

Encuentro regional de Brigadistas

Sensibilización y Capacitación de parteras y médicos tradicionales

- La medicina occidental y medicina tradicional: el papel de la partera.
- Los factores determinantes de la salud reproductiva de la mujer indígena
- Reconocimiento a los saberes de las parteras.
- La interacción comunicativa entre parteras para la creación de nuevos saberes y prácticas
- Participación y solidaridad social: "Salvar la vida de las mujeres aprovechando oportunidades"
- Red de Salud Comunitarias: uniendo esfuerzos
- Derechos sexuales y reproductivos
- Perspectiva de género
- Atención del Embarazo, parto y puerperio
- Signos y Síntomas del Embarazo: signos y síntomas del embarazo de alto riesgo
- Parto limpio y seguro
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/SIDA)
- Métodos Anticonceptivos
- Anticoncepción de Emergencia
- Uso Correcto del Condón
- Violencia intrafamiliar

Encuentro vivencial de Experiencias entre la Medicina Institucional y Tradicional

Anexo 5B Carta descriptiva para el Encuentro Vivencial de Experiencias entre Medicina Institucional y Tradicional

CARPA UNO "Auditorio"		CARPA DOS "Consultorios"	
10:00 a 11:00	<p>INAUGURACIÓN Y RECORRIDO</p> <p>Bienvenida por parte del Dr. Ricardo Arturo Carpio Escudero <i>Subdirector de la Jurisdicción X Huejutla</i></p> <p>Intervención del Dr. Carlos Francisco Ávila Zúñiga <i>Subdirector de Atención Integral de la Subsecretaría de Prestación de Servicios</i></p> <p>Intervención de la Dra. Dra. Miriam Esther Veras Godoy <i>Directora de Políticas y Estrategias en Salud Pública</i></p> <p>Mensaje e Inauguración por parte del C. Alejandro Nava Soto <i>Presidente Municipal Constitucional de Huejutla de Reyes</i></p>	<p>10:00 a 18:00</p> <p>Muestra de medicina tradicional e institucional, funcionamiento de consultorios y Exposición de productos naturales y artesanales</p>	
11:00 a 12:00	<p>RITUAL "OFRECIMIENTO A LA MADRE TIERRA, QUE ES LA NATURALEZA" Marcos Hernández Bautista, Presidente de la Organización de Médicos Tradicionales de la Huasteca</p>		
12:00 a 13:00	<p>CONFERENCIA MAGISTRAL "Interculturalidad Bilingüe" Prof. José Acosta Hernández, Director de Educación Intercultural y Bilingüe del Centro Estatal de Lenguas y Culturas Indígenas</p>		
13:00 a 14:00	<p>BAILABLE REGIONAL Casa de Cultura de Huejutla</p>		
14:00 a 15:00	<p>COMIDA</p>		
15:00 a 16:00	<p>CONFERENCIA MAGISTRAL "Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas" Lic. Luis Enrique Escamilla Frías, Coordinador General de Promoción y Difusión de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo</p>		
16:00 a 16:30	<p>PRESENTACIÓN DE LA BRIGADA JUVENIL DE TLALCHIHUALICA</p>		
16:30 a 18:00	<p>PROYECCIÓN DE VIDEOS TEMÁTICOS</p>		

JUEVES 27 DE OCTUBRE

10:00 a 11:00	<p>CONFERENCIA MAGISTRAL "Cosmovisión Tradicional e Interculturalidad y Barreras" Lic. en Enf. Rosalba González Gabriel, Responsable del Programa de Interculturalidad en Salud del Hospital General Pachuca</p>	<p>10:00 a 13:00</p> <p>Muestra de medicina tradicional e institucional, funcionamiento de consultorios y Exposición de productos naturales y artesanales</p>	
11:00 a 11:30	<p>PRESENTACIÓN DE LA BRIGADA JUVENIL DE AHUATITLA</p>		
11:30 a 12:00	<p>MÚSICA REGIONAL, TRÍO HUASTECO</p>		
12:00 a 13:00	<p>CONFERENCIA MAGISTRAL "Parto Vertical" Dr. Marco Antonio Ortega Sánchez, Jefe de Gineco obstetricia del Hospital Regional Tula</p>		
13:00 a 14:00	<p>PRESENTACIÓN DE LA BRIGADA JUVENIL DE PAHUATLÁN</p>		
14:00 a 14:30	<p>Clausura</p>		
14:30 a 16:00	<p>Comida General "Compartamos un Zacahuil"</p>		

**Anexo 5C Carta descriptiva para la Sensibilización de Grupo Técnico Estatal
Atención Integral en Salud Reproductiva y Violencia**

Fecha y Hora	Tema	Ponente	Institución Responsable	Técnica Didáctica	Auxiliar Didáctico
12 DE MAYO					
9:00 – 10:00	Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	L.T.S. Leticia Rangel Cano	Subsecretaría de Prestación de Servicios	Expositiva	
10:00 – 11:00	Violencia Sexual	Psic. Patricia Vega López	Subsecretaría de Prestación de Servicios	Expositiva	
11:00 – 11:40	Derechos Reproductivos	T.S. Susana Hernández Chávez	Subsecretaría de Prestación de Servicios	Expositiva	
11:40 -12:00	R E C E S O				
12:00 -14:00	Sexualidad en el Adolescente	L. Enf. Irma Jiménez Rodríguez	Subsecretaría de Prestación de Servicios	Expositiva	
13:00 - 14:00	Planificación Familiar en el Adolescente	Dr. Sergio Suarez Ramos	Subsecretaría de Prestación de Servicios	Expositiva	
14:00 a 15:00	Sexualidad en adolescentes	Dra. Yuri Becerra Grande Líder de PF, Hidalgo	Subsecretaría de Salud Pública	Expositiva	Cañón, pantalla y lap top
13 DE MAYO					
9:00 a 10:15	Sexualidad en adultos mayores	Dra. Nora Elena Sosa Directora de la UEPAVFS	Subsecretaría de Salud Pública	Expositiva	Cañón, pantalla y lap top
10:15 a 11:30	Sexualidad en personas con discapacidad	Mtro. Carlos Montaña Secretario particular de la Subsecretaría de Salud Pública	Subsecretaría de Salud Pública	Expositiva	Cañón, pantalla y lap top
11:30 a 12:00	R E C E S O				
12:00 a 3:30	Derechos humanos Derechos humanos Creencias que obstaculizan el ejercicio de los derechos humanos Aprendizajes sociales del ejercicio de la sexualidad Derechos sexuales y reproductivos y prácticas de auto cuidado.	T.S. Antonieta Rivera Gamica	Instituto Hidalguense de las Mujeres	Expositiva y dialogo-discusión	Presentación power point y etiquetas

Anexo 5D Carta descriptiva para la Capacitación del Personal de Salud Comunicación Asertiva

Tema	Objetivo	Actividades (es)	Materiales
Encuadre	Conocer las expectativas y compromisos de las participantes para concretar el alcance de los objetivos	Lluvia de ideas para los acuerdos grupales	Papel bond tamaño rota folio, Plumones Masking tape Hojas de colores
Presentación	Generar la integración grupal a través de la presentación de las y los participantes	Presentación con imágenes	Tarjetas con imágenes de gustos, paisajes y arte
Relaciones de poder en los conflictos	Identificar las relaciones de poder como una práctica que limita la resolución de conflictos	Lluvia de ideas sobre las relaciones de poder Técnica demostrativa “El guiño”	Papel bond tamaño rota folio, Plumones Masking tape, Hojas de colores
Condiciones básicas para la resolución de conflictos	Reconocer las condiciones básicas para la resolución positiva de los conflictos	Técnicas de cooperación y comunicación	Papel bond tamaño rota folio, Plumones Masking tape, Hojas de colores
Retroalimentación de la sesión	Conocer los aprendizajes significativos de cada participante	Técnica objetos y conclusiones	Objetos de cada participante

Tema	Objetivo	Actividades (es)	Materiales
Integración grupal	Propiciar la integración para el trabajo grupal	Técnica: “limón, limón”	ninguno
Comunicación asertiva	Definir la comunicación asertiva en la resolución de conflictos	Técnicas: “Si/no”, “pienso, siento”, “barómetro de valores”	Papel bond tamaño rota folio Plumones Masking tape Hojas de colores
Empatía	Ejercitar la empatía en la resolución de conflictos	Técnicas: “el viento y el árbol” “en el lugar de...”	ninguno
Resolución de conflictos cotidianos	Utilizar los elementos principales de la comunicación asertiva y la empatía en una situación descrita	Exposición de casos	Papel bond tamaño rota folio Plumones Masking tape Hojas de colores
Evaluación y elaboración de compromisos	Conocer los aprendizajes significativos de las y los participantes Elaborar compromisos individuales	Ronda de conclusiones	ninguno

**Anexo 5E Carta descriptiva para la Capacitación del Personal de Salud
Interculturalidad en Salud**

PRIMER DIA	HORA	TEMA Y PONENTE
27 de julio	9:00 – 9:30	Registro de asistentes Personal del estado
	9:30 – 10:00	Inauguración Personal del estado
	10:00 – 11:00	Dinámica de presentación Alicia Solís López
	11:00 – 12:30	Valores, racismo y discriminación. Alicia Ríos Torres /Elizabeth Arteaga Avendaño/ Noé Guarneros Soto
	12:30 – 12:45	RECESO
	12:45 – 13:45	Definición de cultura. Alicia Ríos Torres/Roberto Carrión Balderas
	13:45 – 14:45	Interculturalidad en la atención de la salud-enfermedad Elizabeth Arteaga Avendaño/Alicia Ríos Torres
	14:45 – 16:00	Derechos Humanos y Ética Noé Guarneros Soto/ Alicia Solís López
SEGUNDO DIA	HORA	TEMA
	9:00 -10:00	Dinámica de integración Noé Guarneros Soto
28 de julio	10:00 – 11:30	Identidad cultural “El caleidoscopio “ Alicia Ríos Torres /Elizabeth Arteaga Avendaño/Alicia Solís López
	11:30 – 11:45	RECESO
	11:45 – 13:00	Identidad cultural y Sistemas de Salud Alicia Ríos Torres/ Roberto Carrión Balderas
	13:00 – 14:30	Herramientas de trabajo comunitario: Diálogo de saberes, entrevistas, posibilidades de trabajo conjunto Noé Guarneros S./Alicia Ríos T./ Elizabeth Arteaga A.
	14:30 – 16:00	Propuesta de indicadores de evaluación del enfoque intercultural Roberto Carrión Balderas /Noé Guarneros Soto/Alicia Ríos Torres/ Alicia Solís López/Elizabeth Arteaga Avendaño

Anexo 5C Nota Metodológica para la realización del Taller con Parteras Reconocimiento a los saberes de las parteras Tenejapa, Chiapas.

El proceso al que se invita a las parteras de las comunidades del municipio se diseña como un espacio de reflexión colectiva que tendrá como propósitos: que las mujeres compartan sus conocimientos, escuchen la experiencia de mujeres más jóvenes o de más edad, expresen sus necesidades de nuevos conocimientos o prácticas de partería y que valoren su liderazgo para emprender acciones dentro de un plan de seguridad materna y un plan de seguridad.

1. *El sentido del taller como espacio de trabajo validado por las parteras:*

- ▶ *Crear significado al taller como ámbito de valoración de los conocimientos que de la vida comunitaria tienen las parteras como personas que pueden ejercer un liderazgo en ciertos grupos de personas con las cuales se ha relacionado a través de su trabajo. El facilitador debe iniciar haciendo un lineamiento sencillo y claro sobre la agenda y las estrategias que se implementarán durante el taller y de solicitará la aprobación del grupo para iniciar.*
- ▶ *¿Qué es un saber? ¿Cómo se construye? Relato oral de una leyenda o cuento tzeltal "La leyenda del maíz perdido" que servirá como fuente generadora de diálogo e intercambio de ideas en torno al problema planteado. Estableceremos una vinculación con el oficio de ser partera problematizando prácticas distintas entre parteras de distinta edad, distintas comunidades, distintas maneras de entender el oficio. Plantear al grupo la discusión sobre cómo han aprendido a ser parteras. Cómo han construido sus conocimientos, Cómo los han aprendido, cómo se los han enseñado. Elaborar una recuperación metodológica del proceso y los nuevos conocimientos que fueron aportados por sus compañeras. Cerrar el segmento con una definición del proceso de construir conocimiento.*

2. *La partera, la mujer indígena y su vida cotidiana.*

- ▶ *Proponer al grupo la elaboración de un análisis de caso sobre la historia de una mujer que puede ilustrar cómo la partera se debe enfrentar a situaciones que le demandan ejercer conocimientos especiales o la toma de decisiones cuando percibe los límites de sus prácticas para salvar de un peligro*

de muerte a las mujeres que atiende y apoyar el traslado de la mujer en riesgo a los servicios de salud adecuados.

- ▶ *Para escuchar la narración en audio, hacer algunos comentarios previos que incentiven la atención y la curiosidad de lo que la historia narra, para después abrir un diálogo por equipos para que haya más fluidez e interacción entre las mujeres participantes. Las preguntas serán formuladas en lengua materna con una intención que busca explorar significados culturales y sociales de la lengua en torno a la historia.*
- ▶ *Todo tipo de aportación debe tomarse en cuenta. Las creencias que aparezcan son tan relevantes como cualquier otro tipo de conocimiento que se exprese. Las participaciones y comentarios serán registrados por escrito en lengua materna aunque las mujeres no sepan leer y escribir ya que es un reconocimiento a su palabra.*
- ▶ *Los temas o ideas expresados y registrados se organizarán en grandes bloques para un análisis grupal centrado más en la expresión oral que en los registros escritos. Se propone al grupo profundizar sobre los temas haciendo énfasis en las nuevas perspectivas o conocimientos que aparecieron.*
- ▶ *Las facilitadoras empiezan a abordar algunos de las preocupaciones principales ofreciendo perspectivas de abordaje o comprensión de temas poco usuales en las prácticas de las parteras. Es muy importante tener cuidado con no minimizar las creencias, sino que al contrario, éstas se convertirán en un eje generador de conocimientos.*
- ▶ *Al final se pregunta a las parteras sobre los aspectos que consideran como los más importantes que se trataron en la sesión y se les pide sugerencias para tratar en la próxima reunión.*

Fuente: UNEPA. México. Documento Guía para emprender proyectos de atención en salud reproductiva desde un enfoque intercultural en comunidades indígenas. Coordinación Rubén Torres



VI. Guía Metodológica para la Información y Comunicación.

1. ¿Por qué es importante la Información y Comunicación?

Las políticas y programas de salud, reconocen como elemento central la promoción de la salud, destacándose la necesidad de que las acciones de salud busquen fortalecer la participación de las personas y comunidades, a partir de procesos de autoayuda y acciones de educación para la salud. La Secretaría de Salud, por su parte reconoce que es indispensable focalizar las acciones de promoción de la salud, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios y favorezcan la cultura de la salud, así como el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables.

En este contexto, la información y comunicación de conceptos clave, relacionados con la prevención, y promoción de la salud contribuyen a mejorar las condiciones de salud de la población. Si bien la información que se brinda a los grupos de mujeres y hombres en una comunidad, no es suficiente para un cambio de actitudes y prácticas, si es imprescindible para lograr avanzar en este proceso, constituyendo la base del conocimiento para que la población tome decisiones encaminadas a mejorar sus condiciones de salud.

En el ámbito de la salud reproductiva, se reconoce que un mayor acceso de la población a la información sobre los diferentes aspectos que engloba, contribuye a generar una mayor conciencia en materia de prevención, cuidados, identificación de riesgos y atención de emergencias. Informar y comunicar, incrementan la conciencia sobre la salud reproductiva y sus cuidados, con lo que se puede avanzar en el involucramiento individual y colectivo, en las acciones y estrategias propuestas para mejorar las condiciones de salud reproductiva de la comunidad.

La población de las comunidades indígenas necesita información relevante y adecuada, que sea brindada en formas que pueda comprender y utilizar, lo que facilitará el cambio hacia comportamientos más adecuados de prevención y atención. Sin embargo tener información y comprenderla, es solo uno de los elementos que puede generar cambios en las actitudes y comportamientos, es importante además la motivación individual y comunitaria, el acceso a la atención, así como las habilidades y recursos necesarios para incidir en los factores condicionantes de los problemas de salud reproductiva. En este sentido la información y comunicación como componente del Modelo, es una estrategia complementaria a los procesos de participación, organización, capacitación y atención, que contribuye al cumplimiento de objetivos.

Con la información y comunicación se pretende generar además, una actitud positiva hacia los servicios de atención y las actividades desarrolladas por el proyecto, motivando el interés por participar y la confianza en el personal de salud. Confianza que debe alimentarse con la prestación de servicios de calidad y con sensibilidad cultural. En el

ámbito de la salud reproductiva se ha recomendado orientar la información para: mejorar la comprensión de riesgos, desarrollar acciones de protección, reforzar las conductas voluntarias e impulsar la mejora del sistema de cuidados.

2. Objetivos de la Información y Comunicación.

-
- Contribuir con el mejoramiento de las condiciones de salud reproductiva de la población, facilitando el acceso a información oportuna y adecuada que promueva el ejercicio de los derechos reproductivos y el uso de los servicios del primer nivel de atención
-
- Propiciar un proceso de sensibilización para reducir las conductas de riesgo en la población en general y grupos prioritarios en particular, fomentando una cultura de auto-cuidado, prevención y promoción de la salud.
-
- Favorecer la toma de conciencia individual y colectiva sobre la problemática de salud reproductiva, estableciendo las relaciones entre las causas y efectos vinculados al contexto, la cultura y los servicios de atención, con lo que se propicie la adopción de actitudes y prácticas favorables para la prevención y atención.
-

3. ¿Quiénes participan en la Información y Comunicación?

El cambio de comportamientos para mejorar la salud reproductiva en las comunidades, implica la participación de toda la población y sus actores clave, como son autoridades, maestros, líderes comunitarios, además de los agentes comunitarios de salud, las parteras y el personal de salud. Por lo que en las actividades diseñadas para informar y comunicar conceptos que contribuyan a la generación de nuevas actitudes y prácticas para la salud reproductiva, es fundamental que se busque el involucramiento de todos los actores sociales y sectores de la comunidad, impulsando sinergias desde su propio rol.

En las tareas de información es fundamental el papel de las escuelas, los comités de salud y maestros, vinculado al trabajo de las brigadas juveniles y de los promotores de salud, quienes tendrán la principal responsabilidad de informar, comunicar y educar a la población. Por su parte del personal de salud, además de compartir la responsabilidad de la ejecución de las actividades propuestas para la información y comunicación, apoyando a los promotores y las brigadas en la preparación de los temas, deberán orientar e informar a las mujeres, hombres y jóvenes que acudan a consulta sobre anticoncepción, cuidados en el embarazo, importancia de la atención adecuada en el momento del parto, señales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Las parteras como actor fundamental en el cuidado y atención de la salud materna, también realizará acciones educativas en el ámbito de información y orientación, sobre los cuidados y señales de riesgo durante el embarazo, el parto y postparto, tanto a mujeres, como a hombres y demás miembros de la familia; enfatizando la importancia de un plan para la atención de emergencias obstétricas, orientando respecto al papel de la Red Comunitaria.

Finalmente en la elaboración de materiales de comunicación es necesaria la participación de un consultor externo, que oriente el proceso de diseño, ejecución y evaluación de las técnicas y medios definidos como vía para la difusión de mensajes. En esta línea de acción puede ser relevante la participación de organizaciones locales o regionales, así como la de estaciones de radio, con las que se establezcan convenios de colaboración.

4. Ruta metodológica para la Información y Comunicación.

Sin duda el papel de la información y comunicación es muy importante en la difusión de conocimientos, conductas y valores, relacionados con la salud reproductiva, de los grupos de población y de las personas, así como en la inducción de procesos de cambio social que contribuyen a mejorar las condiciones de vida de las comunidades, pero los aspectos fundamentales para generar un cambio en las conductas son las motivaciones personales y de grupo, por lo que el papel de los promotores y brigadistas juveniles cobra especial relevancia como movilizados de la acción colectiva.

Ahora bien, la información y comunicación implica no solamente brindar a la población orientación y mensajes de salud reproductiva, sino que se debe tener en cuenta las características de la audiencia, ya que la efectividad de una estrategia dependerá en gran medida de la habilidad para captar la atención del público al que se dirigen los mensajes. En este sentido la metodología y acciones desarrolladas como parte del componente de información y comunicación deben ser planteadas como un proceso, con actividades de planeación, diseño y ejecución, desde una visión integral como parte del Modelo.

a) Identificación de necesidades de información

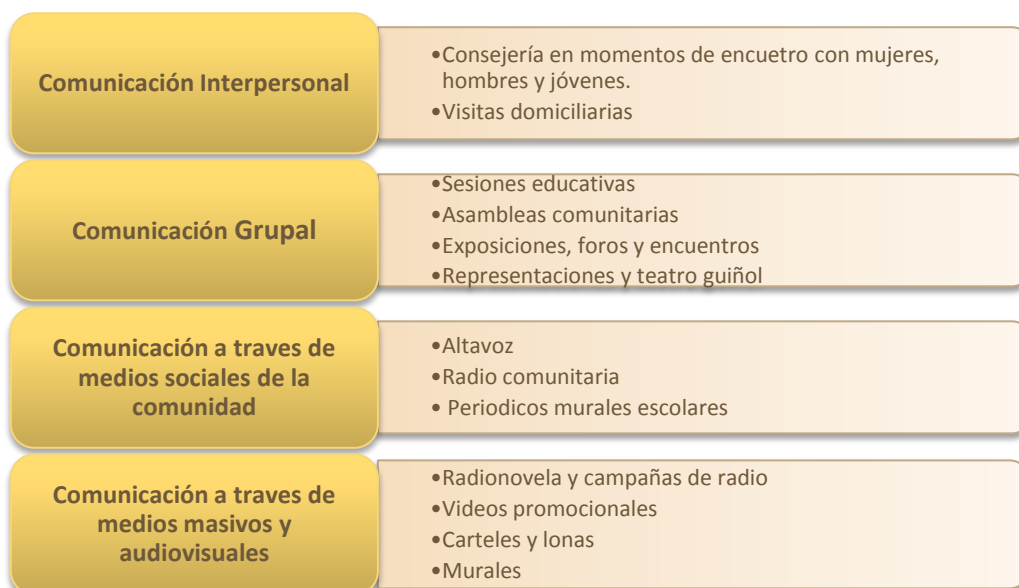
La ejecución del componente de información y comunicación debe partir del análisis de la información obtenida en el Diagnóstico Situacional, referida a la problemática de salud reproductiva identificada, con la revisión de la priorización de los problemas realizada en el taller de Planeación Participativa, lo que permitirá identificar las necesidades de información entre los diferentes sectores de la población. La información recopilada en el Diagnóstico Situacional y los conocimientos del contexto generados a partir de las actividades formativas con las parteras, promotores y jóvenes brigadistas, permitirá identificar los factores que inciden en la situación de salud reproductiva de la población, además de que proporcionarán elementos para una mayor comprensión de las formas y los medios a través de los cuales se podrá emprender con mejores resultados las actividades de información y comunicación.

b) Planeación y diseño de las estrategias

La planeación y diseño de estrategias para la información y comunicación, inicia con la definición de los grupos de población prioritarios a quienes se dirigirán las actividades, que en general se identifican como grupos vulnerables, en el caso de la salud reproductiva, los grupos prioritarios son los hombres y mujeres en edad reproductiva, con énfasis en mujeres embarazadas y sus parejas para incidir directamente en la prevención de muerte materna, ; además como otro grupo prioritario se ha definido la importancia de las actividades de información y educación con jóvenes adolescentes, con quienes se enfocan las acciones para fortalecer su capacidad para decidir en forma libre, informada y responsable sobre su salud sexualidad y salud reproductiva.

Una vez definidos los grupos prioritarios, considerando sus necesidades específicas se especificarán las acciones y contenidos temáticos a desarrollar con cada uno de los sectores de la población, de acuerdo a las conductas clave en las que se espera incidir. La delimitación de los cambios que se espera lograr en las percepciones, actitudes y prácticas de los grupos de población a quienes será dirigida la información, orientará la elaboración de mensajes clave y la forma de comunicación a utilizar.

En este tema la elaboración de un plan de medios es una acción estratégica dentro del proceso, ya que a partir de este se definen los diferentes medios, actividades y técnicas para transmitir los mensajes a la población. Incluye además la precisión de los recursos necesarios y tiempos de ejecución de cada una de las acciones. El Modelo propone el desarrollo de las actividades de información a través de cuatro estrategias: i) comunicación interpersonal; ii) comunicación grupal, iii) comunicación a través de medios sociales de la comunidad y iv) comunicación a través de medios masivos y audiovisuales.



c) Desarrollo de actividades

Para poner en marcha las diferentes actividades de cada una de las estrategias propuestas es necesario organizar y planificar el trabajo a ejecutar, para esto, es importante seguir con el planteamiento de la secuencia pedagógica de cada uno de los temas a desarrollar con cada uno de los sectores de la población, y vincular la agenda temática, al proceso de sensibilización y capacitación en el que participan los socios directos del proyecto, de tal manera que, las tareas a cumplir se realicen de una forma coordinada entre el personal de salud, las parteras y los agentes comunitarios, a manera de réplica de los aprendizajes y procesos de reflexión.

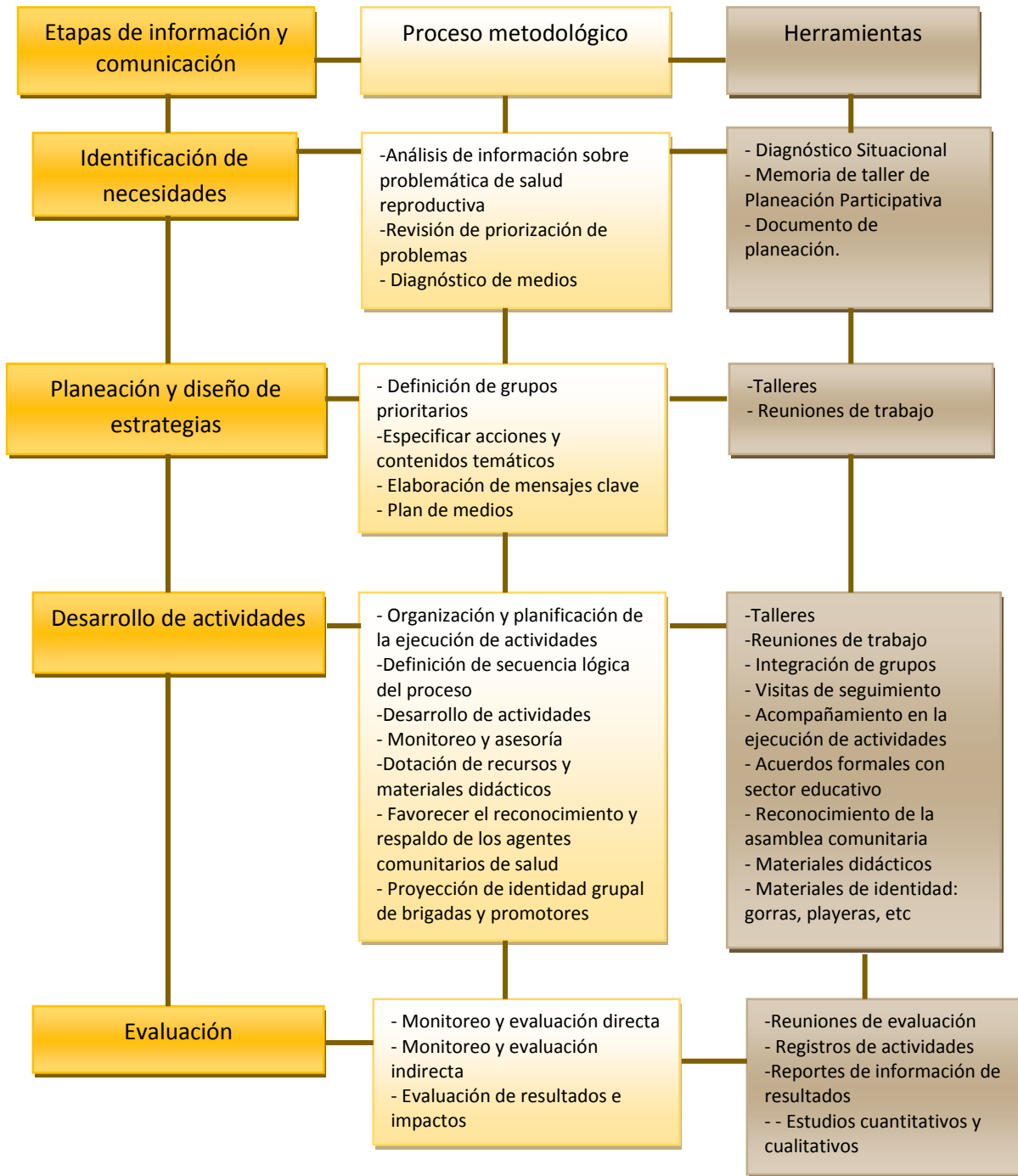
Esta fase de organización de la acción se convierte en el punto de partida que permitirá seguir el orden de desarrollo de las dos fases restantes. La segunda fase permite traducir la planificación en acciones concretas, de acuerdo a los periodos y tiempos establecidos para cada actividad. Posteriormente en una tercera fase de la ejecución se realiza el monitoreo y asesoría de las actividades de información y comunicación, a través de visitas de seguimiento del personal directivo y el acompañamiento del personal de salud de la propia comunidad. Como parte de la sistematización de actividades, los promotores y jóvenes de las brigadas, realizarán un registro fotográfico de las actividades, además del reporte de la actividad realizada.

Antes de fijar las actividades para cada fase, es importante contar con los mecanismos logísticos y materiales que facilitarán la tarea de ejecución, para lo cual se deben suministrar oportunamente los recursos didácticos y de comunicación definidos para cada tema. Un aspecto importante en este sentido es el establecimiento de convenios formales con el sector educativo para la realización de las actividades de información en las escuelas secundarias, además del reconocimiento y respaldo de las autoridades y población hacia el trabajo de los promotores, jóvenes brigadistas, parteras y personal de salud, lo que facilitará la convocatoria y participación de los grupos. Un aspecto adicional que puede fortalecer el trabajo de los jóvenes brigadistas y promotores es la proyección de su identidad como colectivo de trabajo, con la dotación de playeras, gorras y otros insumos de identidad y promoción.

d) Evaluación

Las actividades de monitoreo y evaluación directa se realizarán basadas en los indicadores de verificación establecidos en el diseño de estrategias y de acuerdo a los procesos específicos para cada uno de los medios utilizados. Adicionalmente se podrá desarrollar un monitoreo y evaluación indirecta a través de los registros de las actividades realizadas y resultados logrados, con las acciones de información y comunicación realizadas en las diferentes localidades; o bien con la realización de estudios cuantitativos y cualitativos para medir resultados finales e impacto de un recurso de comunicación específico o de todo el proceso en su conjunto.

Esquema de Ruta Metodológica para la Información y Comunicación



5. Ideas fuerza para la incorporación de los enfoques conceptuales en la Información y Comunicación.

▪ El enfoque de derechos humanos.

- ✓ Incidir para que en la comunicación de contenidos se incluya información accesible y pertinente relacionada con los derechos humanos. y los derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Promover el desarrollo de eventos específicos para la difusión de los derechos humanos.
- ✓ Incluir en los materiales de difusión y estrategias de comunicación información relacionada con la problemática en ejercicio de los derechos en el ámbito comunitario.
- ✓ Sensibilizar a los grupos de jóvenes y adolescentes sobre las temáticas relacionadas con los derechos humanos, derechos de los pueblos indígenas y derechos reproductivos
- ✓ Contribuir a generar una corriente de opinión favorable a la transformación de las actitudes y prácticas comunitarias relacionadas con el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y jóvenes.

▪ La equidad de género

- ✓ Promover que en las sesiones educativas se visibilicen las actitudes y prácticas comunitarias basadas en ideas estereotipadas, desde un enfoque de género.
- ✓ Promover el reconocimiento de los aportes de las mujeres en los distintos ámbitos de socialización de las comunidades; la familia, la escuela, la asamblea, la comunidad.
- ✓ Favorecer el fortalecimiento de los liderazgos femeninos en los grupos formados para el desarrollo de las actividades de información y comunicación.
- ✓ Garantizar la inclusión de una perspectiva de género en el desarrollo de los contenidos de los diferentes medios de comunicación
- ✓ Generar procesos de movilización y comunicación donde intervengan autoridades, maestros, jóvenes y otros sectores de la población, para la promoción del reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos.
- ✓ Incidir en la ampliación de los conocimientos y capacidades de las mujeres, ampliando su comprensión de los factores determinantes de la salud reproductiva y fortaleciendo sus capacidades de comunicación y de participación social.

- **La interculturalidad**

- ✓ Garantizar que la información y la transmisión de los mensajes sea adecuada y pertinente en función de la cultura y la lengua de la población de las comunidades a quienes va dirigida.
- ✓ Promover la participación de agentes comunitarios de salud y parteras en el desarrollo de conceptos clave y materiales de difusión para garantizar su pertinencia cultural.
- ✓ Favorecer la participación del personal de salud en la preparación de temas y en el desarrollo de las actividades de información y comunicación con grupos de mujeres y hombres para acercarse a la comprensión de significados culturales y simbólicos de la salud reproductiva y propiciar una interacción con la población, que contribuya al fortalecimiento de capacidades y actitudes para una comunicación intercultural.
- ✓ En la planeación de actividades de información, ser conscientes de los horarios y tiempos disponibles de los hombres y mujeres para participar en las actividades propuestas.
- ✓ Promover acciones para visibilizar aspectos relacionados con la cultura de los grupos de población, en los materiales de comunicación que se elaboren, como mecanismo para fortalecer su identidad.

Anexo 6 Herramientas Metodológicas para la Información y Comunicación

Anexo 6A Desarrollo de medios de comunicación

La propuesta educativa se fortalece con la comunicación y difusión de sus propósitos

Se considera que una de las responsabilidades del proyecto es difundir información relacionada con la temática del proyecto para impulsar un proceso de sensibilización, y motivación para la acción. Resulta recomendable utilizar los medios de comunicación como auxiliares para divulgar el tema de la salud sexual y reproductiva como un derecho de la mujer indígena en un contexto de vida libre de violencia. Cuando se trate de la radio, es prioritaria la utilización de la lengua materna de la población a quien se dirige la actividad.

La radionovela

El propósito de utilizar el formato de radionovela, es aprovecharla como medio educativo y vínculo comunitario valiéndose del arraigo que tiene la radio como medio de comunicación y por su estructura sencilla que cumple con los requisitos de comunicación básicos para ser comprendidos por el que los escucha.

La radionovela debe ser aprovechada por los proyectos sociales comunitarios como un medio de divulgación y sensibilización pero además es como un recurso didáctico que puede utilizarse por capítulos ya que cada uno puede ser analizado como estudio de caso o para una estrategia de solución de problemas para que determinado grupo exprese sus percepciones y saberes al respecto.

Por otra parte los horarios de transmisión de la radionovela deben ser estudiados en función del tiempo libre o en el que es posible que las mujeres y los hombres puedan escucharla.

Para contar con más elementos

LA RADIONOVELA

La radionovela, narración, generalmente de carácter melodramático, que se emite por la radio en capítulos

En la radionovela el enfoque es comunicar mensajes que permitan al radioescucha reflexionar sobre los temas mencionados, la importancia de tomar decisiones que beneficien a si misma (o), sus familias y su comunidad, reducir los riesgos en cuanto a la Salud en aspectos reproductivos, el uso adecuado de los recursos naturales, y mejorar la organización comunitaria para soluciones locales, entre otros temas.

El proyecto de radionovela, se basa en la estrategia de Educación –Entretenimiento, el cual inicia retomando las propias experiencias de las personas, adecuándolo a un guión escrito, con previa revisión bibliográfica, identificando mensajes que ayuden a desincentivar actitudes negativas y reforzar actitudes positivas.

Es deseable un esfuerzo de medición y/o utilización de su efecto en los radioescuchas.

Las campañas de radio

En el caso de utilización de campañas de radio en el proyecto, la radio actúa sobre una predisposición de la población hacia el tema o problemática de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Intenta generar un cambio o ruptura psicológica en el comportamiento arraigado en las personas, conformada a lo largo de su vida a través de la experiencia, educación, valores, cultura, herencia, etc. y junto con las acciones formativas o con la radionovela promueven un cambio en tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Las campañas se componen de anuncios de Servicio Público.

Para contar con más elementos

El comercial está diseñado para vender el producto o servicio de un anunciante que espera obtener ganancias o resultados en el comportamiento de la gente.

El Anuncio de Servicio Público es similar al comercial, pero se diferencia en que no vende productos ni servicios por dinero, sino que respalda algún propósito de una organización no lucrativa o puede hablar a favor de una idea o acción. Lo que busca es, principalmente, el apoyo para las actividades de una organización o programa por ejemplo, campañas de vacunación. De la misma manera están: la consecución de fondos para afectados de algún fenómeno natural, el apoyo a los hogares para indigentes; las campañas para prevenir el SIDA; o bien, información sobre servicios públicos en las oficinas de gobierno.

Carteles

En determinadas circunstancias, es posible utilizar el cartel como recurso educativo de la estrategia de comunicación y difusión. El cartel puede tener un alto impacto por su fuerza visual en ciertos contextos socio-culturales pero tiene la desventaja es que no puede ser utilizado en las comunidades indígenas porque gran parte de la población no lee el español ni utiliza la escritura en su propia lengua. De ahí que su utilización queda muy acotada, ya que puede dirigirse solo a población que lea el español (ejemplo: personal médico) y que además lo reconozca como un medio portador de mensajes informativos o formativos.

Para contar con más elementos

Lonas en formato grande

Definición del cartel.

Es un material gráfico que transmite un mensaje, está integrado en una unidad estética formada por imágenes que causan impacto y por textos breves. Ha sido definido por algunos estudiosos como "un grito en la pared", que atrapa la atención y obliga a percibir un mensaje. También puede definirse como un susurro que, ligado fuertemente a las motivaciones e intereses del individuo, penetra en su conciencia y le induce a adoptar la conducta sugerida por el cartel.

En conclusión, es un material gráfico, cuya función es lanzar un mensaje al espectador con el propósito de que éste lo capte, lo recuerde y actúe en forma concordante a lo sugerido por el propio cartel.

Otro recurso, es la impresión de lonas en gran formato que pueden contener el título del proyecto e imágenes fotográficas de personas de las comunidades ámbito del proyecto. Este recurso visual puede utilizarse para que se identifique el lugar de reunión, a los responsables o a promotores y de alguna manera la población siente pertenencia al proyecto al identificar a personas conocidas en las lonas impresas. Al igual que el cartel, la información escrita no es relevante.

Videos promocionales

La utilización del video como medio de promoción del proyecto puede resultar muy atractiva a la población de las comunidades si está dirigido a ellos, es decir, si el contenido y la estructura del audio (lo que se dice) toma en cuenta la experiencia de mujeres y hombres y se dirige a sus intereses. Por supuesto que las imágenes deben de corresponder exactamente a las personas y al entorno del ámbito de influencia del proyecto.

Murales

Dentro de las estrategias de difusión y sensibilización podemos incluir manifestaciones artísticas como los murales. Esta estrategia exige que se elabore un plan cuidadoso para obtener resultados estéticos de interés colectivo. Uno de los pasos importantes es organizar y realizar la convocatoria a quienes puedan realizarlo por interés en plasmar su obra. Es factible convocar a hombres y mujeres jóvenes que impartan talleres de artes plásticas en casas de cultura de comunidades indígenas que estuvieran dispuestos a expresar su interpretación plástica de la problemática del proyecto permitiendo la expresión personal de su mundo interior y exterior, su análisis y síntesis y la carga emocional que ellos asocien en un proceso de decisión del grupo responsable junto con los artistas a quienes deberá informar y sensibilizar sobre los propósitos de la estrategia. Los murales ya realizados se convierten en un texto visual que ofrece posibilidades

para realizar una propuesta didáctica con la población de las comunidades motivando su análisis y su interacción que puede ir desde la expresión libre de lo que la gente ve y experimenta al contemplar el mural, hasta llegar a una interpretación más vinculada a los significados del proyecto.

Para contar con más elementos

El mural

El mural es un arte milenario, donde la gente deja sus huellas, y con el paso del tiempo la historia de cada lugar. Cada pueblo plasma en imágenes su cultura, en defensa de lo que somos como personas y sociedad. Así se profundizan las tradiciones y raíces culturales, para de esta manera rescatar la memoria colectiva, y al mismo tiempo darle vigencia para perdurar en el tiempo. El muralismo por ser un arte que se realiza en espacios abiertos, plazas, paredes, muros, edificios, escuelas, en general lugar público, cumple su cometido de llegar directamente al espectador. Normalmente los temas son inherentes a la comunidad, de ahí que se identifiquen con él y lo adopten como propio, más aún si se trata de trabajos grupales o comunitarios.

Fuente: UNFPA. México. Documento Guía para emprender proyectos de atención en salud reproductiva desde un enfoque intercultural en comunidades indígenas. Coordinación Rubén Torres

Anexo 6B Diseño de una estrategia de comunicación y difusión

- ◇ Hacer una prevaluación con un consultor o especialista en el tema quien determina qué poblaciones de la influencia del proyecto escuchan la radio para mantenerse informados.
- ◇ Acordar con rediodifusoras la emisión de un paquete de productos radiofónicos como: una Campaña de comunicación de anuncios de servicio público, y una radionovela.
- ◇ Definir las etapas de la campaña comprendiendo que están conformadas por procesos de pre-producción, producción, post-producción, validación y trasmisión. Además agendar cuidadosamente los tiempos de transmisión, los contenidos y sus propósitos. Los anuncios pueden estar dirigidos a distintos actores sociales.
- ◇ Contratar a los responsables de la elaboración del guión de una radionovela a los cuales se les plantea cuidadosamente los propósitos del proyecto y del producto, cuidando que el tratamiento dramático no aliente posturas contrarias, o genere humorismo involuntario por alguna caracterización caricaturesca de los personajes o diálogos. El guión debe ser revisado por el grupo responsable para cerciorarse de que los enfoques sean los adecuados tanto en lo que respecta a derechos en salud sexual y reproductiva como a la vida sin violencia. Se recomienda una extensión moderada de entre 10 y 15 capítulos.
- ◇ Los temas que puede abordar la radionovela son: abuso sexual en la adolescencia y en el matrimonio, embarazo no planeado, aborto, violencia Intrafamiliar, alcoholismo, machismo, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, migración, planificación familiar, servicios de salud, noviazgo, VIH-Sida, Papanicolaou, medicina tradicional, adolescencia, denuncia por violencia familiar, sexual y de género, línea de Planificatel, homosexualidad, noviazgo, parteras, cáncer cérvicouterino, comunicación Familiar, educación sexual. Muerte Materna Infantil, autodeterminación de las mujeres sobre su sexualidad y reproducción, el proceso del parto: escasa revisión y negligencia médica, cuidados durante el embarazo y posparto: falta de medicinas y parteras en clínicas, salud sexual y reproductiva: aborto, papiloma, cáncer, VIH, edad para reproducir, salud ambiental: deterioro del agua y la tierra por detergentes y agroquímicos, desnutrición en mujeres y niños: pobreza material, marginación, enfermedades. Todo depende de la determinación de temática central, personajes, contexto, que se acuerde dentro del grupo responsable.

- ◇ Realizar un pilotaje con algún capítulo de la radionovela para observar las reacciones de las personas que lo escuchen y detectar si es atrapado por la trama o secuencia dramática y si se entiende el mensaje que se quiere comunicar.
- ◇ Realizar un video promocional a partir de la integración y participación de personas de distintas comunidades para que su presencia quede registrada en él como protagonista del proyecto.
- ◇ Definir si se utilizarán y en qué fase del proyecto lonas promocionales, carteles o si se convocará a artistas a realizar murales.
- ◇ Un recurso no mencionado antes es, en el caso de realizar murales, es la reproducción de los mismos en lonas de gran formato para que todas las comunidades puedan apreciarlos y para que se les tenga a la disposición en eventos de convivencia o de interacción formativa

Fuente: UNFPA. Documento Guía para emprender proyectos de atención en salud reproductiva desde un enfoque intercultural en comunidades indígenas. Coordinación Rubén Torres.

FLUJO DE ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO

Todas y todos podemos cuidar la salud de la futura mamá y su bebé poniendo atención a las siguientes señales:



Atención Integral en Salud Reproductiva y Violencia Familiar en Comunidades Indígenas de Municipios de Alta Marginación

Anexo 6D Calendario elaborado como estrategia de información y comunicación
 Proyecto Componente Chiapas

2011
ENERO

D	L	M	Mi	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					



“Estrategia interinstitucional para la prevención integral de la problemática en salud sexual, salud reproductiva y salud ambiental, con énfasis en muerte materna e infantil en los 28 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano del Estado de Chiapas, México”.

Primera etapa: Modelo piloto en el municipio de Tenejapa.

**SKANANTAYEL SBAK'ETAL ANTSETIK,
 ALALETIK SOK LUM K'INAL**

CUIDANDO EL CUERPO DE LA MUJER, DEL NIÑO Y DE LA MADRE TIERRA



**Son Hechos
 no palabras**

Anexo 6E Murales elaborados como estrategia de información y comunicación
Proyecto Componente Chiapas



VII. Guía Metodológica para la Sensibilidad Cultural para la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva

1. ¿Por qué es importante la Sensibilidad Cultural para la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva?

Toda sociedad posee una forma de entender la salud y la enfermedad, la cual da origen a sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas. El nuevo reto de la atención médica en México, es lograr en los sistemas de salud que tienen influencia en comunidades indígenas y campesinas, operen de acuerdo a valores de respeto, para una relación de coordinación y apoyo complementario entre la medicina tradicional y los servicios de atención médica que ofrecen las distintas instituciones del sector salud.

La medicina tradicional posee amplias y arraigadas prácticas y conocimientos, que son utilizadas como la primera opción de atención y en muchas ocasiones, como la única. Estas prácticas se constituyen en un gran sistema de creencias y valores alrededor en dos tipos de prácticas articuladas: uno desempeñado por el médico tradicional y el otro por la figura materna, éste último reconocido como medicina domestica.

La intención abierta de aprovechar las experiencias y conocimientos de la población sobre la medicina tradicional, en los sistemas de salud en el mundo, se inició oficialmente con la declaración de Alma Ata en 1979, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a los países miembros para buscar y lograr la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos, considerando sus necesidades, recursos locales y características sociales y culturales. Desde entonces se han emitido diversos acuerdos y propuestas internacionales para valorar el sistema de salud tradicional indígena, como el artículo 24 del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT,1989), y recientemente, la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud sobre Medicina Tradicional y Terapias Alternativas (2002).La experiencia del UNFPA muestra que la programación con sensibilidad cultural es indispensable para alcanzar los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), 1994, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

México se reconoce como una nación pluricultural y su Constitución Política, garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a “preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional”. (Artículo 2o Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, fracciones A-IV y B-III, D.O.F. 15/ 08/2001). La necesidad de consolidar un Sistema Nacional de Salud que considere a la medicina tradicional y otros sistemas complementarios de atención, se ratifica con la modificación a la Ley General de Salud y el Modelo Integral de Atención a la Salud (MIDAS) propuesto por la Propia Secretaría de Salud.

Por ello la sensibilidad cultural en los servicios de salud reproductiva, propuesta por el Modelo, promueve que los servicios sean otorgados con calidad y pertinencia cultural, con pleno reconocimiento y respeto de la cosmovisión indígena, sus prácticas, usos y costumbres, así como sus saberes tradicionales, dentro del proceso de complementariedad de la medicina tradicional e institucional, que contribuya a la preservación de la cultura de cada localidad.

Lo cual significa lograr el reconocimiento de la medicina tradicional, como parte de un proceso de enriquecimiento mutuo, con el impulso de acciones intersectoriales e interinstitucionales y de la corresponsabilidad comunitaria, las redes sociales y los propios servicios de salud; y con ello contribuir al empoderamiento de los prestadores de servicios en atención comunitaria culturalmente diversa y la población indígena para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

La sensibilidad cultural en los servicios de salud reproductiva, implica que el prestador de servicios adquiera competencias interculturales que enmarquen su hacer constante con los pueblos originarios, con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud tanto como los programas de educación, promoción y procuración de servicios. En este sentido, la guía aborda los principales aspectos del enfoque intercultural en los servicios de salud sexual y reproductiva, así como los lineamientos del trato con sensibilidad cultural para los prestadores de servicios.

El enfoque intercultural permite que los pueblos indígenas promuevan el ejercicio de su derecho a la salud y el reconocimiento de sus sistemas de salud ancestrales como un sistema alternativo y compensatorio al sistema institucional, con la construcción de “modelos de salud intercultural”.

2. Objetivos de la Sensibilidad Cultural para la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva

- Contribuir a mejorar el acceso de la población, a los servicios de atención del Primer Nivel de Atención, con el desarrollo de procesos de comunicación y diálogo basados en la comprensión y respeto de los conocimientos y saberes del sistema médico tradicional.
- Promover la complementariedad de los sistemas médicos presentes en las comunidades indígenas, con la interacción y la transferencia de aprendizajes entre agentes comunitarios de salud, parteras y personal de salud, que permitan trascender las barreras culturales que limitan el uso de los servicios de atención, y propicien relaciones de confianza y credibilidad que favorezcan la participación de la población en las acciones de promoción y atención de la salud reproductiva.

3. ¿Quiénes participan en la Sensibilidad Cultural para la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva?

En este componente el actor principal es el personal de salud responsable de los servicios de salud reproductiva en las comunidades indígenas, sin embargo para lograr el objetivo de lograr la provisión de los servicios desde un enfoque intercultural, es necesario contar con el respaldo institucional y con el involucramiento del personal directivo de las diferentes instituciones con participación en la ejecución de las estrategias del Modelo propuesto.

El componente de sensibilidad cultural de los servicios de salud en el Modelo como estrategia para eliminar barreras interculturales que limitan el uso de los servicios de salud, se basa en el desarrollo de competencias del personal de salud para una comunicación intercultural a partir de la articulación con parteras y agentes comunitarios de salud, que permitan un aprendizaje mutuo y favorezcan la complementariedad de los sistemas médicos existentes en las comunidades, por lo que estos actores son fundamentales en el desarrollo de las acciones del componente.

Vinculado al proceso de desarrollo de capacidades interculturales del personal de salud que permita la sensibilidad cultural en la atención, los facilitadores de las actividades de sensibilización y capacitación son actores relevantes del componente. Finalmente la población usuaria de los servicios se constituye como un actor central, al ser el interlocutor principal del proceso de sensibilización que se busca desarrollar en los servicios de atención.

4. Ruta metodológica orientada a la Sensibilidad Cultural para la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva.

Como punto de partida para el desarrollo de una ruta metodológica para la generación de procesos encaminados a lograr la sensibilidad cultural de los servicios, es importante considerar que dentro de los contenidos de la propuesta metodológica se establecen algunas pautas para el desarrollo de procesos formativos y se esquematizan algunas líneas de acción construidas a partir de la experiencia desarrollada con base en propuestas y políticas existentes, para la configuración de los servicios de salud culturalmente sensibles. Entendiendo que el desarrollo de competencias culturales del personal de salud, para promover una sensibilidad cultural de los servicios de salud, es apenas un primer paso para avanzar en la construcción de servicios de salud interculturales.

La sensibilidad cultural en los servicios de salud, pasa necesariamente por la comunicación. La comunicación entendida como interacción entre la persona que demanda atención y el prestador de servicios de salud, lo que representa una relación entre dos sistemas de comunicación que se vinculan y comparten conocimientos, actitudes, saberes, cosmovisiones, desde lugares distintos y con referentes de sí mismos

y de los otros con quienes interactúan en el espacio que representa la atención de la salud reproductiva; donde el éxito o fracaso de la interacción dependerá, fundamentalmente, del grado de conocimiento de uno con respecto al otro, las percepciones de las diferencias que los separan y la reciprocidad.

En este sentido la propuesta metodológica para incidir en la sensibilidad de los servicios de salud se basa en el desarrollo de competencias para el fortalecimiento de la comunicación intercultural como un proceso que promueva el diálogo horizontal, el respeto y la comprensión mutua a distintos niveles: en el consultorio médico, en la interlocución con los socios directos y con los diferentes sectores de la población.

La ruta metodológica para la sensibilidad de los servicios de salud incluye cinco fases: a) auto-diagnóstico; b) análisis teórico de referentes conceptuales; c) desarrollo de competencias; d) profundización en el análisis de la práctica médica y e) apropiación: práctica transformada.

a) Auto-diagnóstico.

El diálogo intercultural conlleva adoptar una actitud reflexiva, que permita al personal de salud revisar su propia práctica desde una perspectiva intercultural, para esto se propone como primera actividad un taller orientado a desarrollar un proceso de auto-reconocimiento como punto de partida para avanzar en una comunicación intercultural, que fortalezca los servicios de salud.

El ejercicio se propone como una actividad grupal, donde participen los médicos, enfermeras y demás personal de salud vinculado a la atención de la población de las comunidades donde se desarrolle el proyecto. El proceso implica un trabajo de reflexión y análisis de la práctica que va desde lo individual a lo grupal, como unidad de atención de primer o segundo nivel. En el taller es importante reflexionar sobre las percepciones actitudes y prácticas en relación a la medicina tradicional, el trabajo de las parteras, las dificultades en la comunicación con la población, la problemática relacionada con las “barreras culturales” que limitan el uso de los servicios de salud.

Los resultados del taller deben servir como referente para identificar posibles prácticas discriminatorias, analizar el discurso predominante entre el personal de salud en relación a los servicios de salud reproductiva en las comunidades, así como visibilizar los aspectos emotivos de la práctica médica en contextos indígenas, reconociendo la frustración y ansiedad que surgen de las limitaciones a las que se enfrenta el personal de salud en su práctica diaria. El reconocimiento y análisis de las limitaciones en la comunicación e interacción con la población indígena, es un paso fundamental para la construcción de estrategias y desarrollo de competencias para la atención y promoción de la salud desde un enfoque intercultural. Es importante que este ejercicio de reflexión sea visto como fase inicial de un proceso para la sensibilización y capacitación para el desarrollo de competencias para la comunicación intercultural del personal de salud.

b) Profundización del análisis de la práctica, a partir de la revisión teórica.

Esta segunda etapa está vinculada al proceso de sensibilización y capacitación del personal de salud, e implica la revisión de los referentes teóricos relacionados con la salud intercultural, propuestos desde la agenda temática:

- Desarrollo humano
- Derechos humanos en salud y ética
- Perspectiva de género
- Derechos sexuales y reproductivos
- Mujer indígena: salud reproductiva, género y violencia
- Cultura, valores, racismo y discriminación
- Medicina tradicional
- Interculturalidad en salud
- Comunicación intercultural

El proceso metodológico de análisis conceptual, implica la reflexión a partir de la práctica, con el objetivo de identificar las significaciones individuales y colectivas originadas en las percepciones y conocimientos previos al proceso de sensibilización y capacitación, con la identificación de cambios en la concepción que puedan apuntar al cambio de actitudes y prácticas, a partir de una transformación individual. La interacción comunicativa generada como parte del proceso de capacitación en el que participan el personal de salud, los agentes comunitarios de salud y las parteras, promoverá una afectación recíproca que permitirá la comprensión de las propias prácticas y las de los otros actores, lo que significará una profundización en el análisis de la práctica médica.

El proceso de análisis temático debe incluir la revisión de las formas de discriminación a la cultura y pueblos indígenas, presentes a nivel estructural, institucional y desde la práctica médica individual, pero teniendo cuidado de no personalizar o señalar. Es importante también hacer un nuevo análisis de las denominadas “barreras culturales” que limitan el acceso a los servicios de salud, para re-significarlas, a partir del nuevo enfoque compartido y de los aprendizajes generados a partir de la revisión de conceptos y el diálogo de saberes con los actores comunitarios involucrados en el proceso de sensibilización y capacitación.

c) Desarrollo de competencias para una comunicación intercultural

El análisis de la práctica desde los referentes teóricos ayudará al reconocimiento de estereotipos y prejuicios, para identificar y proponer estrategias o mecanismos de actuación que contribuyan a la transformación de las actitudes y prácticas de atención, que permitan avanzar hacia la prestación de servicios de salud reproductiva con sensibilidad cultural, entendiendo que esto significa el desarrollo de un proceso permanente y de largo plazo, basado en el diálogo intercultural que facilite la construcción

de nuevas categorías que permitan una valoración positiva de la cultura indígena, sus representaciones y prácticas. En ese sentido la interculturalidad en el Modelo propuesto, es un proceso por alcanzar, y es un principio de relación y de acción, para orientar las prácticas de promoción y atención de la salud reproductiva en las comunidades indígenas.

En el desarrollo metodológico y pedagógico del Modelo, se espera que las actividades para la sensibilización intercultural permitan el desarrollo de competencias para la comunicación intercultural, como un proceso que promueva o ajuste actitudes y percepciones, que faciliten una reflexión generadora de cambios en la práctica del personal de salud. Entendiendo la competencia intercultural como la “habilidad para negociar los significados culturales y actuar comunicativamente de una forma eficaz de acuerdo a las identidades de los participantes”. Desde esta visión se debe entender además, que la comunicación intercultural es fundamentalmente un proceso de construcción de sentidos.

Hablando de competencias para la comunicación intercultural se ha identificado la necesidad de producir una sinergia de los ámbitos cognitivo y emotivo. Desde este planteamiento se afirma que una competencia cognitiva intercultural implica que, en primer lugar, se tiene que tener conciencia de nuestras propias características culturales y de nuestros procesos comunicativos y en segundo lugar, se menciona la necesidad de conocer a la otra cultura y sus procesos de comunicación. El conocimiento profundo del otro sirve para superar los estereotipos y nos obliga a buscar interpretaciones alternativas a sus actitudes y prácticas. En tanto la competencia intercultural emotiva, es referida a las respuestas emocionales positivas que las personas son capaces de proyectar y de recibir antes, durante y después de las interacciones interculturales; destacándose la empatía y la motivación.

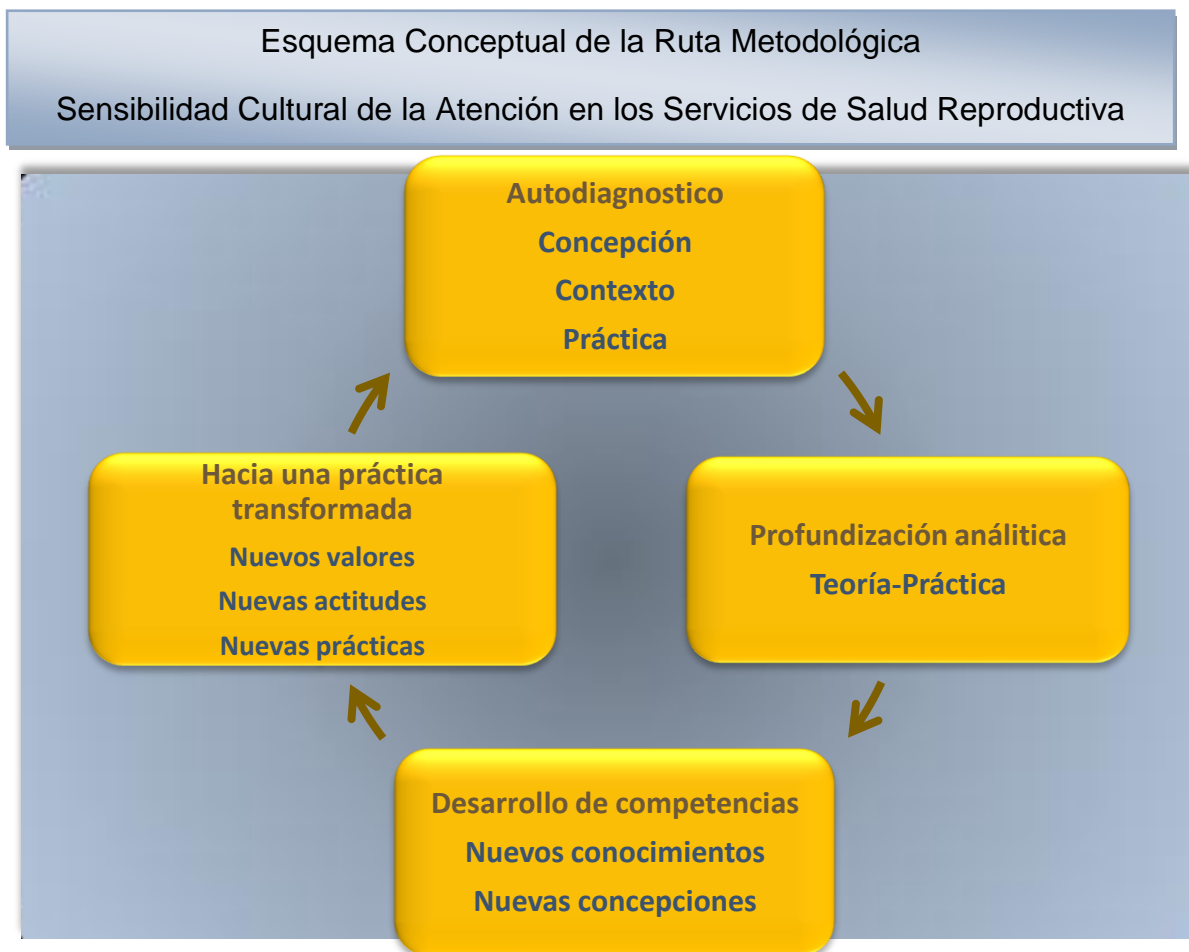
En el ámbito de la atención de la salud reproductiva en contextos indígenas se trata de impulsar activamente procesos de intercambio que permitan construir espacios de encuentro, diálogo, articulación y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas, lógicas y racionalidades distintas.

d) Hacia una práctica transformada

Para lograr la atención de la salud reproductiva con sensibilidad cultural, los esfuerzos se dirigirán hacia la ruptura de los nudos críticos identificados a través del diálogo y reflexión, para esto se debe orientar permanentemente un proceso de transición en el personal de salud, en la población y naturalmente en las propias instituciones de salud, proceso sin duda lleno de retos y dificultades puesto que implica iniciar un esfuerzo de deconstrucción y construcción sobre lo que por años se ha creído y practicado dentro del sistema de salud. Es un proceso lento y gradual, que indudablemente debe pasar primero por un reajuste interno, personal, que redimensiona lo subjetivo, para luego, en forma progresiva expresarse en nuevos discursos, actitudes, creencias y valores, que se reflejarán en las prácticas dentro del consultorio y en la cotidianidad.

En los servicios de atención con sensibilidad cultural se busca establecer una comunicación intercultural que favorezca las relaciones horizontales, el crecimiento personal, la mejora profesional y la transformación social. En la práctica de la atención de la salud reproductiva con sensibilidad cultural, se reconoce a la población de las comunidades indígena como personas capaces de determinar los aspectos relacionados con su salud y tomar decisiones basadas en la información; se comprenden y se respetan los elementos culturales de proceso salud enfermedad y se incorporan los que se consideran relevantes para el tratamiento y recuperación de la persona.

Para una sensibilidad cultural de la atención los servicios de salud reproductiva se requiere la conjunción de saberes, una revisión crítica del sistema de salud a la que se pertenece, una postura de interés real en el otro sistema para entenderlo, un estudio de los mecanismos de interacción y comunicación entre personal de salud, parteras, agentes comunitarios de salud y población, además del diseño de un protocolo de atención con sensibilidad cultural que oriente la atención en los servicios de salud reproductiva de las comunidades indígenas.



5. Ideas fuerza para la incorporación de los enfoques conceptuales en la Sensibilidad Cultural de los Servicios de Salud Reproductiva.

▪ El enfoque de derechos humanos.

- ✓ Garantizar que en el proceso de sensibilización y capacitación de personal de salud se revisen ampliamente los conceptos y contenidos referidos a derechos humanos, derechos de la población indígena y derechos reproductivos, propiciando la reflexión en torno a su ejercicio en las comunidades.
- ✓ Promover el desarrollo de actitudes y prácticas en el personal de salud desde una visión de derechos humanos.
- ✓ Excluir de la prestación de servicios de salud actitudes discriminatorias y de maltrato como regaños, burlas, desacreditación o cualquier otra que denigre a la población y vulnere su derecho a la atención con trato digno y de calidad.
- ✓ Garantizar el derecho de atención a la salud de toda la población evitando cualquier tipo de discriminación hacia algún grupo o sector de la población.
- ✓ Proporcionar la atención adecuada con calidad y calidez haciendo uso de todos los recursos disponibles, incluyendo la transferencia a los servicios de segundo nivel de atención.
- ✓ Asegurarse de brindar toda la información necesaria y adecuada antes de que el usuario de su consentimiento a un tratamiento o procedimiento médico.

▪ La equidad de género

- ✓ Promover entre las mujeres la libre decisión sobre su reproducción, facilitando información sobre los derechos reproductivos y orientando sobre el uso de anticonceptivos, considerando su contexto social y cultural.
- ✓ Incidir para que en las actividades de promoción a la salud se visibilicen las actitudes y prácticas comunitarias basadas en ideas estereotipadas de género.
- ✓ Propiciar actitudes de auto-cuidado en las mujeres desde un enfoque de derechos y promover el reconocimiento del papel de las mujeres en el cuidado de la salud de la familia y la comunidad.
- ✓ Favorecer el fortalecimiento del liderazgo y reconocimiento de las parteras a través del trabajo de colaboración y acompañamiento en sus actividades de cuidados y atención de la salud materna.

▪ **La interculturalidad**

- ✓ Garantizar que el usuario de los servicios y sus acompañantes, comprendan claramente las explicaciones relacionadas con la enfermedad y su tratamiento, utilizando siempre un lenguaje sencillo y utilizando el apoyo de traducción en caso necesario.
- ✓ Eliminar en la práctica de atención y promoción de la salud la emisión de juicios de valor hacia las prácticas culturales relacionadas con el proceso salud enfermedad.
- ✓ Contribuir a generar una corriente de opinión favorable hacia los servicios de salud reproductiva en la comunidad que promueva su utilización.
- ✓ Fomentar el diálogo y la complementariedad de la atención con parteras y otros actores vinculados a la medicina tradicional, además de los agentes comunitarios de salud.

Anexo 7 Herramientas Metodológicas orientadas a la Sensibilidad Cultural de la Atención en los Servicios de Salud Reproductiva

Anexo 7A Lineamientos de trato con sensibilidad cultural para la atención de la Salud Reproductiva

1. Identificar si en la comunidad existe algún médico tradicional, conocer cuál es su especialidad con el objetivo de que empiece la atención intercultural en salud sexual y reproductiva con enfoque de género.
2. Fomentar la empatía, recibir al paciente con un saludo, mirarlo a la cara, llamarle por su nombre y si es adulto dirigirse de "usted" y si es menor de edad de hablarle de "tu".
3. Propiciar un diálogo sencillo y entendible y de preferencia que esté presente un traductor como el promotor comunitario o un acompañante que entienda el español y traduzca simultáneamente a la lengua indígena.

Como se sabe, las prácticas y costumbres son comunitarias, se recomienda no atender a un paciente solo, preferentemente que este acompañado de un familiar o un integrante de la comunidad para facilitar la confianza entre médico-paciente, provocando una respuesta psicológica favorable.

5. Recordar que las enfermedades desde la cosmovisión indígena tienen otro nombre y tratamiento por lo que se debe preguntar como le llaman al mal que tiene el paciente, ejemplo, empacho, susto, mal de aire, mal de ojo, debilidad, etc., y obtener su criterio para identificar qué enfermedad tiene desde su visión clínica.
6. Investigar si existe entre los médicos tradicionales un recetario de plantas medicinales y si no, comenzar a realizarlo junto con ellos, esto provocará confianza y certeza sobre su interés de ser parte de sus conocimientos tradicionales.
7. Promover la construcción de un jardín de plantas medicinales para el complemento de las recetas tradicionales.
8. Preguntar al realizar el diagnóstico clínico si ha recibido atención del médico tradicional y sobre los resultados obtenidos, con ello se podrá entablar una comunicación intercultural.
9. Establecer actitudes de respeto, comprensión y amabilidad con el usuario, sin discriminación, tomando en cuenta al paciente y familiares.
10. Evitar burlarse, regañar o prohibir la utilización de elementos de la cosmovisión y de la medicina tradicional indígena. En caso de práctica nociva, explicarle clara y respetuosamente la situación al paciente.

11. Valorar y reconocer el método anticonceptivo que el paciente indígena utiliza de acuerdo a sus creencias y tradiciones
12. Atender al paciente según sea el caso con el acompañamiento del médico tradicional o una partera si el paciente es una mujer embarazada.
13. Evitar la emisión de juicios, prejuicios y culpa respecto a la causas de la enfermedad, capacitar, orientar y prescribir recomendaciones médicas y de enfermería para continuar tratamiento en el domicilio.
14. Fomentarla participación social y la comunicación asertiva con las autoridades de segundo nivel, para el sistema de referencia y contra referencia de pacientes por los practicantes de la medicina tradicional, coordinando acciones específicas, que favorezcan la referencia mutua en beneficio de la salud de la población
15. Explicar la enfermedad, tratamiento y cuidados, asegurando que los usuarios y/o sus familiares le entiendan, hacerlo a satisfacción del usuario.
16. Revisar al paciente con previo consentimiento informado, explicando las maniobras que se van practicar. No realizar actividades para lo que no este calificado, respetar los reglamentos en materia de atención médica, cuidando de ofrecer la mejor calidad de servicios.
17. Con la finalidad de promocionar y articular la medicina tradicional, recomendar una consulta con el médico tradicional de la comunidad.
18. Respetar la religión que practique el paciente y si esta es diferente a la suya, con mayor razón deberá comprender sus costumbres y ceremonias religiosas.
19. Respetar y apoyar la decisión de la paciente embarazada de cómo y en qué posición desea tener a su bebé y de preferencia servirle de asistente a la partera que la atendió durante el embarazo

Fuente: UNFPA-CONAPO-Secretaría de Salud- Gobierno del Estado de Hidalgo- Instituto Hidalguense de las Mujeres. Manual de Atención Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género. Componente de Proyecto Hidalgo

Anexo 7B. Profundizar en el concepto de Salud Enfermedad en la Cultura Indígena

Generalmente, la cosmología indígena está basada en el concepto de la interacción entre el cuerpo, la mente y el espíritu; y cómo éstos, interactúan con la comunidad, el mundo y lo supernatural. Esto tiene una fundamental implicación en la medicina tradicional, la cual es importante ya que suele ser la primera fuente de tratamiento para la mayoría de la población y debido a la falta de acceso a facilidades médicas modernas, es generalmente la principal fuente curativa.

La enfermedad puede ser atribuida al rompimiento de reglas sociales y es entonces una sanción impuesta por los santos o dioses. También puede ser imputada a la brujería realizada por alguien que busca causar algún tipo de daño. Para contrarrestar las enfermedades existen rituales muy variados para cada ocasión. Estos padecimientos son considerados como carencias de armonía en la persona o de la persona con relación al mundo o lo supernatural, por lo que la sanación se enfoca en restaurar este equilibrio.

Para el personal de salud, puede ser que esto sea complejo de entender y de vincular al replanteamiento de sus prácticas. Pero es un punto clave en el éxito de su práctica intercultural ya que debe imaginar y sentir cómo es que las personas conceptualizan y realizan procesos curativos.

Es necesario *problematizar* el concepto de lo que se quiere entender o investigar, es decir, hacerse preguntas a uno mismo como: ¿Habrá un equivalente de tal tópico o aspecto del español en la lengua indígena? ¿Tendrá el mismo nivel de jerarquización en la cultura de salud? ¿Por qué puede ser importante para los integrantes de los pueblos indígenas este o tal concepto? Hay que someter a juicio los propios juicios y de ahí partir para lograr una comprensión general de significados culturales para replantear los propósitos y las formas de desarrollar una práctica culturalmente sensible.

- El médico o médica desarrollará estrategias de investigación, de conocimiento de las prácticas médicas tradicionales que todavía se realicen en las comunidades que le brinden un panorama menos superficial de este aspecto y pueda valorar su verdadera importancia de y aprender de ellas.

- Las instituciones de salud apoyarán e impulsarán el acercamiento de los equipos de salud a las prácticas tradicionales de curación desde un conocimiento bibliográfico hasta la participación en cursos impartidos por especialistas que se encuentran en otras instituciones gubernamentales.
- El personal de salud aceptará y entenderá el sistema de creencias o valores de la cultura indígena en torno al embarazo, parto y puerperio, como una forma de dar respuesta a fenómenos que están fuera de la comprensión humana y en los que intervienen fuerzas desconocidas. De otra manera, cerrará caminos a la comunicación intercultural y al intercambio de saberes.
- El personal de salud promoverá cambios en el comportamiento social que no perturben la integridad de la cultura comunitaria demostrando un interés genuino en la mejora de la salud de las mujeres. Es necesario considerar que las culturas se defienden contra los efectos de las circunstancias externas, por lo tanto las discrepancias y aun las confrontaciones pueden surgir.
- El personal médico adscrito a clínicas comunitarias aplicará un enfoque holístico, sistémico (la salud como parte de otros sistema: la cultura y la vida comunitaria), para entender la salud en la cultura indígena.
- El personal médico impulsará cambios en la calidad de vida y en la atención a las mujeres sin perder de vista que la salud como subsistema cultural, está mediado por múltiples determinaciones y condicionamientos, particularmente el sistema socioeconómico que le sirve de base (la mujer es pilar de la actividad económica comunitaria) así como la tradición y la historia entre otros factores.

Fuente: UNFPA. Manual de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Culturalmente Sensibles en Contextos Indígenas. Torres, L. José. Componente de Proyecto Chiapas

Anexo 7C. OPERAR EL ENFOQUE DE SENSIBILIDAD CULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los enfoques con sensibilidad cultural ponen de manifiesto las soluciones creativas que abundan dentro de cada cultura. En cambio, si la cultura se descarta, se omite y no se considera seriamente, tal vez se desaprovechen las costumbres y prácticas tradicionales y originarias que pueden contribuir positivamente a la planificación del desarrollo.

Los enfoques con sensibilidad cultural tienen importancia crucial para comprender los contextos locales. Esto es importante, dado que los programas de desarrollo sólo pueden tener éxito si son pertinentes a los ámbitos culturales en los cuales se implementan. El conocimiento de la cultura es indispensable para comprender las relaciones de poder en grupos culturales y sus repercusiones para las políticas de desarrollo. Este tipo de conciencia cultural parte de observación de las prácticas sociales comunitarias; reconoce que mujeres y hombres, niños varones y niñas, no son grupos homogéneos; que hay estatus y niveles diversos, edad, dominio y uso de lengua materna y/o segundas lenguas, entre otras variables, que pueden conducir a diferentes procesos y resultados de desarrollo.

Se puede decir que se alcanza un nivel de desarrollo de sensibilidad cultural, cuando en un esfuerzo colaborativo se define la atención del control prenatal, embarazo, parto y puerperio. Lo que implica para el personal de salud:

- *Obtendrá la confianza de las parteras a pesar de las diferencias lingüísticas, entender cómo estructurar y replantear una relación de trabajo donde se de el interés y el respeto mutuo.*
- *Se Interesará por las prácticas de las parteras en actitud de aprendiz y de observador con interés profundo en ellas en beneficio de la mujer embarazada y del recién nacido.*
- *Conocer a fondo las creencias asociadas a problemas en el embarazo, parto y puerperio abordándolas desde una perspectiva antropológica (desde los significados de la cultura) para tener un marco más amplio de comprensión. La comunicación estrecha con las parteras permitirá al personal de salud lograr este propósito.*
- *Emplear mejor el tiempo de contacto con las usuarias , saludar, interesarse por ellas, permitir el acompañamiento, confidencialidad.*

- *Brindar información comprensible y detallada, sobre signos de alarma, la situación de salud de la madre y el bebé, sobre estudios y medicamentos y sobre el parto institucional.*

Atención del parto:

- *Brindar acogida cálida, respetuosa, sin reproches o llamadas de atención, en lengua indígena, acompañado de un traductor designado por autoridades locales o promotor de salud local para atender el estado físico y emocional sin burocracia, incluir al acompañante y la partera preferentemente.*
- *Estimular la expresión de sus ideas y razones sin presión del personal que atiende, permitiendo que la mujer se sienta en confianza para expresar y preguntar.*
- *Conocer y actuar con respeto ante los rituales del parto cuando pueda hacerlo junto con la partera.*
- *Aplicar masajes no riesgosos aprendidos con la partera, con precaución y sin prejuicios, que no pongan en riesgo la seguridad del binomio.*
- *Procurar una temperatura ambiental adecuada, salas cálidas, muebles de madera, cortinas gruesas y coloridas.*
- *Permitir el uso de su ropa, incluso pañoleta o cualquier otra prenda.*
- *Facilitar el aseo con agua tibia y hierbas del lugar de acuerdo a preferencia o usos tradicionales.*
- *Ofrecer atención con discreción e intimidad y realizar los exámenes físicos con consentimiento de la mujer.*
- *Otorgar la libertad de elegir la posición que le convenga (supina, lateral, de rodillas, vertical, de pie, de cuclillas, sentada, etcétera).*
- *Atender el dolor sin recriminaciones.*
- *Hacer un seguimiento puntual junto con la partera de estado de salud de las pacientes.*

Fuente: UNFPA. Manual de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Culturalmente Sensibles en Contextos Indígenas. Torres, L. José. Componente de Proyecto Chiapas

VIII. Guía Metodológica para el Monitoreo y Evaluación

1. ¿Por qué es importante el Monitoreo y Evaluación?

En un proyecto como el de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural en comunidades indígenas, caracterizado por una alta participación de los actores sociales, el monitoreo y evaluación permite comprender como se interrelacionan los actores o socios del proyecto y qué resultados se obtienen de las acciones que éstos emprenden.

En forma específica, la evaluación es una actividad que nos permite conocer el grado en que se están logrando o bien, si se lograron o no los objetivos que se propusieron con la realización de cualquier iniciativa. Generalmente es un evento discreto que puede realizarse en forma intermedia o al final del período de ejecución de cualquier proyecto, con el propósito de conocer los logros, alcances y apego de los resultados e impactos con lo originalmente diseñado. La evaluación permite identificar la eficiencia en el uso de los recursos comprometidos (tiempo, personal, financiamiento, etc.), la pertinencia del modelo de intervención planteado y las lecciones aprendidas que se derivan de las acciones realizadas. De esta forma, la evaluación permite mejorar el diseño y alcance de futuras acciones, retomando los hallazgos y aprendizajes generados a partir de iniciativas previas.

Cuando la evaluación se realiza de manera deficiente o bien, no se realiza, se pierde una gran oportunidad de conocer el desempeño de los equipos de proyecto, además de los aprendizajes y las modificaciones (positivas o negativas) en los hábitos, conductas, patrimonio, conocimientos y/o destrezas en la población meta.

Por su parte, el monitoreo es una actividad continua que nos permite visualizar dificultades a lo largo del período de ejecución de cualquier iniciativa, permitiendo corregir a tiempo las desviaciones observadas en los procesos en marcha. Su propósito es detectar problemas no identificados originalmente o emergentes que inciden en el cumplimiento de las actividades y, que de no corregirse oportunamente, podrán afectar el logro de objetivos. El propósito fundamental del monitoreo es verificar el apego de las acciones a lo planeado y orientar la implementación de cambios si ello fuera necesario.

En forma gráfica, a lo largo del período de ejecución del proyecto, el monitoreo y evaluación se realizan en los siguientes momentos:



Resulta importante señalar que a partir de la evaluación de un proyecto que considera una amplia participación comunitaria, es importante conformar también una experiencia de aprendizaje colectivo basada en el desarrollo de habilidades para el análisis y reflexión. Esto supone que las acciones emprendidas a partir del monitoreo y la evaluación, trascienden más allá de los propósitos estipulados para manifestarse en el desarrollo de competencias de los participantes. Lo anterior sin duda puede contribuir a una mayor participación en la toma de decisiones a nivel comunitario, municipal o institucional, en tanto se cuenta con información actualizada y fidedigna de los resultados alcanzados y de la problemática enfrentada. Sin duda, esto podrá abonar al desarrollo de capacidades para la colaboración, la gestión, el logro de acuerdos y una mayor capacidad de propuesta por todos los involucrados.

Como una metodología que puede contribuir ampliamente a este proceso participativo de evaluación se encuentra el Mapeo de Alcances, ya descrita en la Guía Metodológica de Planeación Participativa.

- El Mapeo de Alcances parte de la evaluación basada en el aprendizaje y guiado por principios participativos que promuevan el conocimiento, promoviendo en los miembros del equipo a adoptar una visión evaluativa durante todo el ciclo del programa.
- El Mapeo de Alcances se centra en los cambios que se dan en el comportamiento de las personas, grupos y organizaciones con las que un programa trabaja directamente. A estos cambios se les llaman "alcances."
- Mediante el Mapeo de Alcances los programas de desarrollo pueden atribuirse aportes al logro de alcances en vez de adjudicarse el logro de impactos en el desarrollo.
- En lugar de intentar medir los impactos de los socios del programa en el desarrollo, el Mapeo de Alcances se centra en el seguimiento y la evaluación de los resultados en cuanto a la influencia del programa sobre el papel que juegan dichos socios en el proceso de desarrollo.

2. Objetivos del Monitoreo y Evaluación

- Determinar la validez del enfoque y del modelo de intervención planteado por el proyecto, acorde a las necesidades actuales de la población meta y de los resultados e impactos planteados.
- Establecer el grado de adecuación y pertinencia en la instrumentación de las acciones del proyecto, tanto en la población meta como en el territorio en donde se realizan sus acciones.
- Analizar la adecuación de los lineamientos de acción con respecto a lo planteado en el Marco Lógico elaborado al inicio de la implementación.
- Evaluar el desempeño de los participantes: Directivos de las instituciones promotoras, el personal de la Unidad Ejecutora, las organizaciones no gubernamentales y otros asociados locales.
- Evaluar la metodología y el contenido de los materiales diseñados para las actividades programadas.
- Evaluar la gestión técnica, financiera, operativa y administrativa del proyecto.
- Medir los resultados e impactos generados por el proyecto en la población meta, con base en criterios clave e indicadores específicos.

3. ¿Quiénes participan en el Monitoreo y Evaluación?

A nivel central, la entidad financiadora y las instituciones participantes en cualquier iniciativa son los principales interesados en que las actividades de monitoreo y evaluación se lleven a cabo. Cabe señalar que es desde el diseño del proyecto en que debe acordarse el alcance y los tiempos en los que se deberán realizar estas actividades, así como los recursos y presupuesto asignados. En el proceso de monitoreo y evaluación basado en la metodología de Mapeo de Alcances la participación es de todo el equipo de trabajo y de los socios directos del proyecto, y se realiza a lo largo de todo el proceso.

Normalmente la evaluación final o de medio término, en tanto se busca que sea un proceso independiente y objetivo, requiere de la participación de personal o de especialistas externos, quienes se pretende que estén libres de cualquier conflicto de intereses y puedan rendir información fidedigna sobre la situación analizada. En términos generales, la evaluación se lleva a cabo con base en la siguiente división de responsabilidades:

- Directivos y tomadores de decisiones dentro de las instituciones promotoras.
- Funcionarios responsable por parte de la entidad financiadora, la que normalmente establece de manera obligatoria la evaluación y monitoreo de la iniciativa.
- Personal responsable de la ejecución del proyecto dentro de cada una de las instituciones participantes.

Dentro del equipo de evaluación y dependiendo de sus características y metodología, se integra un equipo conformado típicamente de la siguiente manera:

- **Responsable de la evaluación:** Es el responsable de la coordinación de las actividades (ya sea una persona física o el representante de una entidad consultora). Debe contar con amplia experiencia en evaluaciones y/o investigaciones sociales en el ámbito del proyecto a evaluar. En tanto es el encargado de asegurar la calidad de de la evaluación durante las distintas etapas de su desarrollo, se hace cargo directamente de las actividades críticas (entrevistas a funcionarios y personas relevantes, coordinar la redacción y contenido de los informes, supervisar el avance con base en los Términos de Referencia establecidos, etc.).
- **Consultores especializados:** En apoyo al titular de la evaluación, es deseable que participen especialistas en temas de alta complejidad técnica o de relevancia específica para la entidad financiadora. Estos consultores normalmente dirigen y supervisan directamente al personal operativo: equipo de campo, apoyo logístico, análisis estadístico y equipo de captura y sistematización. Con base en la metodología de evaluación seleccionada, los consultores participan constantemente en todas las actividades de la evaluación, desde la supervisión del levantamiento de encuestas, la aplicación de instrumentos de tipo cualitativo, la realización de entrevistas a profundidad, la verificación interna de la captura e integración de las bases de datos, etc. No obstante, es deseable asegurar la división de responsabilidades claramente para asegurar que no habrá traslapes en las actividades a desarrollar.
- **Técnicos:** Para realizar el trabajo de campo se requiere el apoyo de personal que supervise a equipos mixtos de encuestadores y traductores. Su función principal es el monitoreo constante del personal de campo, así como la verificación de las metas propuestas vs. el avance obtenido. Estos supervisores autorizan y verifican constantemente que la información recabada sea fidedigna. De la misma manera, sirven como enlace con el equipo encargado de la captura y sistematización de las bases de información que se integran con la información recabada.
- **Encuestadores:** En el caso de evaluaciones de tipo cuantitativo, que requieren de la estimación de indicadores estadísticos, se debe contar con un equipo de encuestadores. En regiones con presencia de población indígena es deseable que los encuestadores hablen la misma lengua de los participantes en el proyecto.
- **Traductores:** En zonas multilingües, se debe contar con traductoras y/o traductores en aquellos idiomas que se requieran para el desarrollo de actividades de la evaluación y que no son del dominio de los encuestadores bilingües. Los traductores deben ser seleccionados mediante un proceso riguroso y con base en referencias de trabajos realizados anteriormente.

- **Personal de apoyo:** Las actividades de evaluación requieren generalmente de servicios de apoyo administrativo, secretarial, de transporte y para la atención de las situaciones imprevistas. Por lo tanto, el presupuesto de la evaluación deberá considerar desde un inicio este tipo de costos que, dependiendo las condiciones geográficas en donde se lleve a cabo el ejercicio pueden resultar significativas.

4. Ruta metodológica para el Monitoreo y Evaluación.

La propuesta metodológica para el monitoreo y evaluación con base en el Mapeo de Alcances, se describe en la herramienta metodológica incluida en el Anexo 3D, donde se mencionan algunas fuentes de consulta para una revisión más amplia de la metodología, sin embargo es importante mencionar que para su correcta comprensión y utilización resulta conveniente la realización de un taller dirigido a los equipos de trabajo para su adecuada revisión.

a) Determinar los componentes y criterios de la evaluación

- i. Revisión del diseño del proyecto: diagnóstico e identificación de las diversas iniciativas similares existentes en otros contextos; análisis del contexto socio-político y económico en donde se realiza; problemática estatal y necesidades identificadas, así como su vinculación con los Planes de Desarrollo (estatal, nacional) y otras estrategias de política pública; factores externos limitantes que inciden en su operación;
- ii. Análisis de la relevancia de los objetivos del proyecto, relacionado con la definición de los grupos de participantes meta y las estrategias adoptadas en función de las necesidades identificadas;
- iii. Revisión de la coordinación y la coherencia entre las diferentes instancias institucionales a cargo de la ejecución: dependencias federales y estatales, organizaciones no gubernamentales, grupos de población participante, profesionistas y académicos, prestadores de servicios, etc.
- iv. Análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos del proyecto, con atención a los logros a pesar de factores limitantes que se hayan presentado durante su operación;
- v. Análisis de la eficiencia en la ejecución del proyecto, con los siguientes elementos: planeación, movilización de recursos y desempeño del personal responsable;
- vi. Revisión de los mecanismos de control y monitoreo puestos en operación durante la operación y la información generada a partir de los mismos;
- vii. Análisis del impacto del proyecto con base en indicadores elaborados a partir de los términos de referencia de la evaluación y las guías metodológicas que pudieran haberse establecido.

b) Revisión de la consistencia y calidad de los indicadores y de los medios de verificación establecidos en la etapa de planeación

Los indicadores proporcionan la base para el monitoreo y la evaluación de un proyecto y muestran cómo puede ser medido su éxito dependiendo del grado en que alcanza sus objetivos y metas. Le confieren una importante precisión a la evaluación e identifican la evidencia que demostrará los logros obtenidos, la que puede ser verificada en forma objetiva, a fin de que el equipo de proyecto y el equipo evaluador puedan llegar a un acuerdo sobre lo que realmente implica.

Dentro de la metodología del Marco Lógico, un buen indicador debe presentar cuatro atributos:

- **Cantidad - ¿Cuánto?**
- **Calidad - ¿De qué tipo?**
- **Tiempo - ¿Cuándo?**
- **Cobertura - ¿En dónde?**

El proceso de definir los indicadores nos obliga a asegurar que los objetivos sean claros y precisos y a establecer metas específicas. Los conceptos clave para establecer los indicadores a evaluar, son los siguientes:

- **Medir lo que es importante**
- **Si podemos medirlo, podemos administrarlo**
- **Los indicadores al nivel del Propósito miden el resultado al terminar el proyecto.**

Objetivos verificables	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
FIN	Medidas para verificar el logro del Fin		
PROPÓSITO	Medidas para verificar el logro del Propósito		
COMPONENTES	Medidas para verificar el logro de los Componentes		
ACTIVIDADES	Metas específicas Y presupuesto por actividad a realizar		

Por su parte, los medios de verificación representan el medio a partir de dónde y cómo se obtiene la evidencia que sustente el grado de avance en el cumplimiento de los indicadores. Normalmente consisten en fuentes de información generadas por la propia instancia ejecutora u otras entidades asociadas. Dependiendo del alcance y la naturaleza del proyecto, también puede ser necesario realizar la recolección de datos o información especial a partir de actividades cara a cara con participantes y grupos de población meta. En tanto esto último es un proceso costoso, particularmente cuando se trabaja con población en zonas indígenas dada su dispersión, es importante responder ¿quién financiará estas actividades?, ¿quién ejecutará estas actividades?, y ¿qué cantidad razonable de información se requiere? Bajo estas premisas, se deberá seleccionar medios de verificación prácticos y económicos, pero que provean una base efectiva para supervisar y evaluar el proyecto.

Objetivos verificables	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
FIN		Fuentes de datos para verificar cumplimiento de indicadores al nivel de Fin	
PROPÓSITO		Fuentes de datos para verificar cumplimiento de indicadores al nivel de Propósito	
COMPONENTES		Fuentes de datos para verificar cumplimiento de indicadores al nivel de Componentes	
ACTIVIDADES		Fuentes de datos sobre ejecución del presupuesto del proyecto	

c) Elaboración de los Términos de Referencia

En el apartado de herramientas se muestra la secuencia y contenido mínimo para la elaboración de Términos de Referencia orientados a la realización de la evaluación de un proyecto.

d) Revisión documental

- Resultados de evaluaciones externas anteriores;
- Manual de Operación de los Programas, Anexos Técnicos, en su caso Addendum, Guías Técnicas y/o Manuales de Procedimientos;
- Documentos generados por instancias ejecutoras;
- Listado de población participante;
- Minutas de reuniones de las instancias involucradas en la operación del programa;
- Informes de avances y de cierre del programa;
- Evaluaciones internas del programa;
- Documentos de política sectorial (nacional y estatal);
- Leyes y disposiciones normativas;
- Plan de Desarrollo Estatal y nacional;
- Diagnósticos previamente elaborados;
- Estadísticas nacionales y estatales relevantes;
- Bibliografía especializada;

e) Entrevistas con actores involucrados en la ejecución del Proyecto

- Autoridades del sector salud a nivel estatal y federal;
- Directivos de organismos no gubernamentales participantes;
- Prestadores de Servicios Profesionales Especializados
- Organismos de Asistencia Técnica / Agencias de Desarrollo
- Representantes de productores y técnicos de organizaciones;
- Expertos en materia de salud;
- Académicos y representantes de instituciones de investigación.

f) Programa de capacitación y reuniones de coordinación

- Reuniones con el personal de la unidad de ejecución;
- Sesiones de capacitación sobre la metodología y el alcance de la evaluación;
- Generación de informes mensuales de avance.

g) Trabajo de campo / levantamiento de encuestas

- Capacitación de encuestadores y traductores;
- Prueba piloto con población no participante en la muestra para el levantamiento de encuestas como práctica para los encuestadores;
- Monitoreo y verificación constante;
- Control de calidad diaria de las encuestas aplicadas / identificación inmediata de deficiencias en la colecta de información;
- Preparación y codificación para la captura de los cuestionarios.

h) Talleres de análisis con la población participante

- Cuando las condiciones lo permitan, se realizarán talleres participativos para obtener en forma vivencial las experiencias y puntos de vista de los beneficiarios de manera colectiva.

i) Sistematización de información

- Monitoreo, verificación y control de calidad en el proceso de captura de encuestas a la población participantes y entrevistas a otros actores de los Programas;
- Transferencia de las bases de datos para su análisis estadístico mediante SPSS u otro paquete para el procesamiento de la información;
- Verificación final de las bases de datos (análisis de consistencia);

j) Análisis de resultados

- Análisis estadístico (estimación de frecuencias simples, cruces multivariados, cálculo de indicadores básicos y complementarios, etc.).

k) Elaboración de Informe Preliminar para observaciones / comentarios

- Elaboración de informe que presente los resultados preliminares del estudio;

l) Elaboración del Informe Final de la Evaluación

- El informe final se elaborará con base en los lineamientos establecidos en los Términos de Referencia, apegándose estrictamente a la estructura y normas de edición correspondientes.

m) Difusión de los resultados

- Preparar una presentación ejecutiva que presente en forma gráfica los resultados e impactos más relevantes identificados mediante la evaluación.

5. Ideas fuerza para la incorporación de los enfoques conceptuales en el Monitoreo y Evaluación.

▪ El enfoque de derechos humanos

- ✓ Garantizar que en el proceso de monitoreo y evaluación se recoja la visión y percepción de todos los actores.
- ✓ Promover la inclusión de variables o indicadores relacionados con el monitoreo y evaluación de aspectos relacionados con el ejercicio de los derechos reproductivos.

▪ La equidad de género

- ✓ Construir indicadores específicos que permitan identificar la situación y percepción diferenciada de las mujeres.
- ✓ Garantizar que en el proceso de monitoreo y evaluación se recoja la visión y percepción de las mujeres.
- ✓ Promover la inclusión de variables o indicadores que permitan identificar cambios en la situación social de las mujeres desde una perspectiva de género.

▪ La interculturalidad

- ✓ Promover la participación de traductores en el proceso evaluativo que garanticen la comprensión de las interrogantes y aspectos incluidos en los cuestionarios y entrevistas a realizar.
- ✓ Promover la inclusión de indicadores que reflejen los resultados de la inclusión del enfoque intercultural en la atención de los servicios de salud reproductiva.

Anexo 8 Herramienta Metodológica para el Monitoreo y Evaluación

Anexo 7A Guía para la elaboración de términos de referencia

Es recomendable que los Términos de Referencia elaborados para una evaluación sean cortos y precisos, con la información de referencia confinada a los anexos. Las siguientes orientaciones se presentan de manera flexible para adaptarse a los distintos tipos de proyecto, programa o estrategia (para todos los que la palabra "proyecto" se utilizará principalmente en adelante, a efectos prácticos) en donde las evaluaciones sean necesarias. Se supone para el uso de esta herramienta que los usuarios están familiarizados con la metodología de Marco Lógico.

▪ **Introducción**

Indique el título del proyecto / programa a evaluar, y describa en 1-2 párrafos cortos: (i) las principales características de contexto (estado, sector, etc), nivel (estrategia, programa, proyecto), tipo (inversión, reforma institucional, etc.); (ii) si el estudio se lleva a cabo durante la ejecución (evaluación intermedia) o hasta la conclusión (evaluación final), o algún tiempo después de su conclusión (evaluación ex post), y (iii) el calendario y el presupuesto estimado.

▪ **Objetivos de la evaluación**

Indique aquí (i) por qué se está haciendo la evaluación (por ejemplo, requisito legal, requisito establecido en el convenio de financiamiento, etc) o con el objeto principal (rendición de cuentas, el aprendizaje de lecciones para su aplicación a proyectos de futuro, la verificación del progreso en la ejecución del proyecto actual y la posible necesidad de re- orientación, lo que es común cuando se está por iniciar una nueva fase del proyecto); (ii) a que audiencia está destinada principalmente, y (iii) los resultados esperados (por ejemplo, acta, presentaciones, seminarios de retroalimentación).

▪ **Cuestiones que se estudiarán**

A continuación se detallan (i) las principales cuestiones que debe abordar la evaluación y las preguntas clave a las que se buscan respuestas, y (ii) el nivel de análisis requerido en cada caso. Indicar, si es posible, cuáles de los criterios de evaluación son más relevantes.

▪ **Aspectos metodológicos**

Aquí (i) mencionar los principales documentos de referencia (reglamentos, acuerdos de financiamiento de proyectos, evaluaciones anteriores, etc.); (ii) Indique los criterios de la evaluación - pertinencia, eficiencia, eficacia, impacto y sostenibilidad - en cada caso un breve recorrido sobre las cuestiones específicas derivadas de cada uno; (iii) indicar, cuando sea posible, las técnicas de evaluación y métodos de investigación - por ejemplo, los métodos de recolección de datos, incluyendo cuestionarios, muestreo, evaluación participativa rápida (EPR) y otras formas de contacto con los participantes; (iv) incluir una instrucción a los evaluadores para la revisión del Marco Lógico

del proyecto, lo que se aplica tanto en su principio y en el momento de la evaluación, como base para el análisis, y (v) incluir cualquier instrucción específica sobre cómo abordar las cuestiones clave a estudiar.

▪ **Perfil requerido del equipo de evaluación**

Indicar el número de expertos necesarios, sus calificaciones clave y experiencia, con especial atención a los requisitos para el puesto de jefe de equipo. Además, es especialmente importante asegurarse de que, entre los diversos temas transversales, la experiencia de género adecuada está presente.

▪ **Cronograma de actividades**

Dependiendo del tipo de evaluación y de su alcance, se recomienda contar con un calendario que permita definir claramente el período correspondiente a cada etapa y a la totalidad el proceso. Esto le dará claridad tanto a los responsables del proyecto como al equipo de evaluación sobre la necesaria retroalimentación que deberán brindarse para una ejecución exitosa de la encomienda.

Un ejemplo de cronograma se presenta a continuación:

ACTIVIDADES		Mes 1	Mes n	Mes n + 2	Mes n + 3	Mes n...
A. MONITOREO						
1.	Seguimiento de indicadores de desempeño y de avances programáticos / presupuestales	X	X	X	X	X
2.	Elaboración de informes mensuales / bimestrales / semestrales, etc.		X		X	
B. EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO / FINAL						
1.	Elaboración de Términos de Referencia y contratación de la entidad / equipo evaluador			X	X	
2.	Reuniones de arranque con funcionarios y ejecutores				X	
3.	Elaboración del plan de trabajo de campo				X	
4.	Definición de marco muestral y tamaño de muestra				X	
5.	Recopilación y revisión de información documental				X	X
6.	Colecta y captura de información				X	X
7.	Sistematización y procesamiento de información					X
8.	Retroalimentación y discusión continua de avances de evaluación con actores y autoridades					X
9.	Redacción y presentación de informe preliminar					
10.	Revisión y análisis del informe preliminar					
11.	Redacción y presentación de informe final					
12.	Soporte técnico y supervisión de la evaluación por parte de la entidad financiadora				X	X
13.	Difusión y análisis de resultados					

▪ **Productos a obtener**

Debe precisarse con claridad los productos que serán resultado de la evaluación, lo que es variable en función de la información y el tipo de herramientas que se utilizarán para la obtención, procesamiento y análisis de la información que se pretende obtener. Ejemplos concretos de estos productos se presentan a continuación:

- a. **Bases de datos** generadas por entrevistas a funcionarios gubernamentales, representantes de organizaciones sociales y no gubernamentales, etc.;
- b. **Bases de datos estadísticos** con información básica del programa obtenida a partir de encuestas a participantes, con resultados agregados de la evaluación (por ejemplo, cuadros de salida mediante *SPSS*);
- c. **Modelos de los instrumentos y las herramientas metodológicas** utilizadas para la captura y obtención de la información (cuestionarios, guías de entrevistas, diseño estadístico para la selección de la muestra a encuestar y el análisis de datos; cartas descriptivas de talleres grupales o entrevistas colectivas, etc.);
- d. **Informe Preliminar** de la evaluación de acuerdo a una estructura de contenido previamente establecida y los requisitos correspondientes, el cual deberá utilizarse para que el equipo evaluador lleve a cabo observaciones y sugerencias;
- e. **Informe Final** para su validación y aprobación por la entidad contratante, en medio magnético e impreso, con base en las normas editoriales establecidas para el mismo.
- f. Una **presentación ejecutiva** (en *Powerpoint* o cualquier otro programa similar), identificando claramente y en forma visual los objetivos, resultados finales obtenidos, conclusiones y recomendaciones de la evaluación.