

a 129 8:1

UIC
143

**Universidad de Lima
Facultad de Ciencias de la Comunicación**

**Plan IEC
para la Prevención de la Malaria
en ámbitos priorizados de la Región Loreto
Julio a Diciembre de 1999.**

**Proyecto Profesional
para optar la Licenciatura
presentado por:
Carmen Rosa Rivera Torres**



Octubre del 2004

Contenidos

1. Marco Teórico

1.1 IEC e Investigación

1.2 Modelos de Cambio de Comportamiento

- 1.2.1 Modelos de cambio individual
- 1.2.2 Modelos de cambio interpersonal
- 1.2.3 Modelos de cambio comunitario

1.3 Modelos de Planificación en Comunicación

- 1.3.1 Modelo Mercadeo Social - MS
- 1.3.2 Modelo Preceder - Proceder
- 1.3.3 Modelo Proceso P - PECE

1.4 Estrategias de Prevención y Control de la Malaria

- 1.4.1 La Malaria en el Perú
- 1.4.2 Principales zonas de transmisión y factores condicionantes
- 1.4.3 Estrategias de Prevención y Control desarrolladas

2. Plan IEC para la Prevención de la Malaria en Loreto

2.1 Diagnóstico

- 2.1.1. El problema de salud
- 2.1.2 Análisis situacional
- 2.1.3 Caracterización de públicos - Resultados CAP de base

2.2 Estrategia

- 2.2.1 Segmentación de audiencias
- 2.2.2 Priorización de comportamientos
- 2.2.3 Determinación de objetivos
- 2.2.4 Mensajes
- 2.2.5 Selección y combinación de medios
- 2.2.6 Actividades

2.3 Ejecución

- 2.3.1 Organización y funciones
- 2.3.2 Producción y validación de materiales

2.4. Evaluación

- 2.4.1 Monitoreo e indicadores de proceso
- 2.4.2 Evaluación de resultados

3. Anexos y Bibliografía

4. Lecciones aprendidas

**Plan IEC
para la Prevención de la Malaria
en ámbitos priorizados de la Región Loreto
Julio a Diciembre de 1999.**

1. Marco Teórico

1.1 IEC e Investigación

1.2 Modelos de Cambio de Comportamiento

1.2.1 Modelos de cambio individual

1.2.2 Modelos de cambio interpersonal

1.2.3 Modelos de cambio comunitario

1.3 Modelos de Planificación en Comunicación

1.3.1 Modelo Mercadeo Social

1.3.2 Modelo Preceder –Proceder

1.3.3 Modelo Proceso P – PECE

1.4 Estrategias de Prevención y Control de la Malaria

1.4.1 La Malaria en el Perú

1.4.2 Principales zonas de transmisión y factores condicionantes

1.4.3 Estrategias de prevención y control desarrolladas

1. Marco Teórico

La información, la educación y la comunicación para la salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria.

La comunicación para la salud se basa en principios y métodos de disciplinas como el mercadeo social y las ciencias de la conducta, así como contribuciones de otras ciencias sociales como la antropología y subdisciplinas como la educación sanitaria y la investigación en comunicación.

En el Perú, el Ministerio de Salud ha ejecutado estrategias de comunicación para la promoción de prácticas protectoras y estilos de vida saludables, primero a través de las Comisiones de IEC en las Regiones y a partir del año 2003 a través de la creación de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Recientemente, en setiembre del año 2004, la Oficina General de Comunicaciones elaboró el documento: "Política Nacional de Comunicación en Salud" con la finalidad de *"desarrollar la política de comunicación para la salud desde el enfoque de ciudadanía, que permita establecer una relación entre Estado y la población"* y *"desarrollar y reorientar el sistema de comunicaciones e informaciones del Ministerio de Salud"*. Superando así limitaciones identificadas en el quehacer comunicativo de sector como: la confusión en la utilización de términos, la escasa documentación respecto a evaluaciones y lecciones aprendidas, el constante empezar de cero, la dificultad para evidenciar resultados y por consiguiente la percepción de que las acciones comunicativas representan un gasto y no una inversión, los esfuerzos aislados, duplicados y escasamente compartidos al interior del Ministerio y fuera de éste y la limitada capacidad para institucionalizar conceptos y procesos.

En los inicios las estrategias enfatizaron la difusión de información "correcta", muy ligada a aspectos curativos, confinada muchas veces a ámbitos intramurales y con mensajes y soportes elaborados desde el nivel central. A partir de los años 90 y con apoyo de los proyectos inversión se ha ido desarrollando y/o fortaleciendo las competencias del personal de salud. Situación que se institucionaliza a partir del año 2003 con los diplomados en comunicación ofrecidos por el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH.

Durante la década pasada los proyectos de inversión en salud, específicamente el Proyecto Salud y Nutrición Básica - PSNB, promovió la utilización del Modelo de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa - PECE para el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de intervenciones de Información, Educación y Comunicación.

La guía PECE se basa en el marco conceptual y metodológico desarrollado por la Universidad Johns Hopkins University, donde el componente de IEC es definido como: "un conjunto de intervenciones planificadas e interactivas que combinando procesos metodológicos y tecnologías interdisciplinarias de información, educación, motivación e inducción a la acción, debidamente articuladas con la generación de

servicios y productos de salud e incorporando la participación comunitaria, tienen el propósito de lograr cambios medibles en las prácticas y las actitudes de audiencias específicas buscando sostenibilidad en torno a la satisfacción de las necesidades de salud.”¹

1.1. IEC e investigación

Fué Luis Ramiro Beltrán quien enfatiza en el documento “*La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes*”, las expectativas cifradas en la triple alianza de la Información, Educación y Comunicación para apoyar el mejoramiento de la Salud Pública en América Latina. Así mismo propone una matriz ordenadora donde identifica los propósitos principales a que sirven cada una de ellas, los canales que usualmente emplean, los públicos a los que se dirigen y las principales competencias requeridas para cada una de las funciones de Información, Educación y Comunicación.

Según el documento Técnico “Desarrollo de estrategias en IEC” del Fondo de Población de Naciones Unidas - FNUAP cada uno de los componentes IEC se define así:

INFORMACIÓN: Incluye la generación y la difusión de información general y técnica, hechos y temas para despertar la conciencia entre los responsables de generar políticas, los administradores, los círculos académicos y el público en general acerca de los acontecimientos importantes en materia de población y las políticas de un país. Puede incluir actividades de información pública con el fin de promover los cambios necesarios en política, liderazgo y la asignación de recursos.

EDUCACIÓN: Se refiere al proceso de facilitar el aprendizaje, para permitir a las audiencias tomar decisiones racionales e informadas, e influir sobre su comportamiento a largo plazo. La educación se puede realizar a través de canales formales o no formales. En relación con la población, se refiere al proceso de proporcionar conocimientos sobre patologías, medidas preventivas, curativas y recuperativas que favorezcan el desarrollo de las habilidades necesarias para realizar eficazmente la práctica permanente de comportamientos saludables.

COMUNICACIÓN: Un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes y/o comportamientos preventivos y de cuidado de la salud, y a utilizar los servicios existentes. Se basa en las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales, promoviendo el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas.

En sus inicios las estrategias de IEC en salud fueron percibidas como un elemento de apoyo para crear demanda de servicios y productos. Sin embargo estas estrategias no solo se aplican en la creación de demanda sino también en aspectos vinculados a la prestación de servicio, mejorando la calidad de estos y como una herramienta de promoción para lograr el apoyo de la comunidad y el compromiso político. Entre otros sus alcances están vinculados a:

¹ “Planeamiento Estratégico de la Comunicación” John Hopkins University, Quito 1995, citado en estrategia y planes detallados de IEC para conductas saludables en salud y nutrición materno infantil – PSNB MINSA, 1996.

- Incrementar el conocimiento sobre temas de salud, problemas y soluciones, prácticas protectoras y estilos de vida saludables, identificación oportuna de signos y síntomas de alarma, la continuidad y el adecuado fin del tratamiento etc.
- Fomentar la participación personal o colectiva para la disminución de riesgos y /o el fomento de prácticas protectoras.
- Evitar actitudes negativas basadas en malos entendidos y rumores
- Demostrar o ejemplificar habilidades de autocuidado.
- Mejorar las competencias orientadoras de los proveedores de servicios en su interacción con los usuarios.
- Incrementar el uso oportuno de los servicios de salud.
- Reiterar o reforzar conocimientos, actitudes y prácticas vinculadas a la prevención y la promoción de la salud.
- Revalorizar el trabajo de los agentes comunitarios de salud, visibilizando su labor y fortaleciendo sus competencias.
- Propiciar la articulación de esfuerzos en torno a la salud (concertación).

Entre los límites de su accionar se encuentran:

- Compensar la carencia de servicios de atención de la salud.
- Producir cambios de comportamiento sin componentes programáticos que los respalden.
- Producir cambios de comportamiento que se sostengan totalmente por sí mismos.

IEC es un componente en un determinado programa y/o intervención en salud. Este componente se articula con los objetivos y fases de la intervención en salud, aportando al logro de los objetivos de la misma y optimizando sus resultados educativos.

El diseño de una estrategia de IEC es un proceso cíclico de prueba-error incluyendo mediciones constantes con las audiencias, así como seguimiento, evaluación y revisión periódica en función de las lecciones que se desprenden de las acciones de investigación que acompañan todo el proceso.

La investigación (sea o no participativa) es una precondition para la formulación de una estrategia de IEC, (determinar que problemas de población se pueden resolver a través de cambios en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas) y de objetivos cuantificados en IEC. Es necesario descubrir que tan lejos de las expectativas está cada audiencia, y **porque** los miembros de la audiencia se comportan/no se comportan de la forma propuesta.

Debido a que los problemas de salud pública surgen de la combinación de factores socioculturales, biológicos y del medio ambiente físico, el análisis de los mismos debe estar centrado en la interrelación de dichos factores y la forma como constituyen la llamada "red de la causalidad".

Para lograr una mayor eficacia en su capacidad de interpretación y de propuesta, toda investigación en este campo debe partir de la profunda observación de esta red, de la manera como su dinámica origina en determinado grupo humano la aparición de patrones epidemiológicos y de determinadas conductas preventivas y curativas. Las mediciones realizadas deben contemplar a todos los involucrados: personal de salud, agentes comunitarios, líderes, y sujetos/beneficiarios (población afectada/población en riesgo).

Al tratar de comprender el funcionamiento de una comunidad, y sus percepciones, comportamientos y necesidades con respecto a la salud, se requiere emplear métodos cualitativos y cuantitativos de investigación. En este sentido los estudios etnográficos y las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas - CAP resultan ser los instrumentos mas utilizados. La disponibilidad de esta información es indispensable para la programación de intervenciones en IEC eficaces y eficientes, ajustadas culturalmente y sostenibles.

1.2 Modelos de cambio de comportamiento

Desde la psicología social se han desarrollado diversos marcos conceptuales que buscan explicar los cambios de comportamiento individuales, interpersonales y comunitarios.

El **comportamiento** es definido como una **acción/acto observable** que realiza una persona en circunstancias específicas. Es el resultado de un complejo proceso de **interacción** entre la persona, unidad que incluye las dimensiones biológica, afectiva y cognitiva, y el ambiente conformado por una serie de escenarios enmarcados en contextos más amplios.

Los seres humanos estamos en una relación constante, recíproca e interdependiente con el ambiente, físico y social, en el que nos desenvolvemos cotidianamente.

Desde la **perspectiva ecológica**, se postula que el comportamiento es afectado por múltiples niveles de influencia y afecta a estos. Se han identificado cinco niveles de influencia para los comportamientos y condiciones relacionados con la salud:

- **Factores intrapersonales** o individuales: conocimientos, creencias, actitudes y rasgos de personalidad.
- **Factores interpersonales**: procesos interpersonales: familia, amigos, pares quienes proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles.
- **Factores organizativos** o institucionales: normas, reglamentos que pueden limitar o fomentar los comportamientos.
- **Factores comunitarios**: redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones.
- **Factores de políticas públicas**: políticas locales, estatales y leyes que reglamentan o respaldan acciones.

Los principales modelos de cambio de comportamiento se enmarcan en las **teorías cognoscitivas del comportamiento** y son compatibles con la perspectiva ecológica.

Los principios fundamentales de las teorías cognoscitivas de comportamiento son los siguientes:

- El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta la manera como actuamos.
- El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambios de comportamiento, desempeñando también funciones importantes las percepciones, motivaciones, aptitudes y factores del entorno social.

A continuación se describen los principales modelos de cambio de comportamiento utilizados en salud. Según su foco de análisis los modelos se dividen en:

- Modelos de cambio de comportamiento individual

- Modelos de cambio de comportamiento interpersonal y
- Modelos de cambio de comportamiento comunitario

1.2.1 Modelos de Cambio de Comportamiento Individual

Modelo de etapas de cambio o modelo transteórico

James Prochaska, publicó su libro "Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis" en 1979. En su libro realizó un análisis comparativo de 18 teorías de psicoterapia y cambio de comportamiento, pertenecientes a diferentes escuelas: Freud, Skinner y Rogers. De ahí el nombre "transteórico".

El cambio de comportamiento **es un proceso** y no un acto y los individuos se hallan en **diferentes niveles de motivación o disposición para cambiar**. Este proceso no es lineal (no se supera una etapa y se ingresa a otra en un orden preestablecido) y esta íntimamente vinculado a la disposición de los individuos hacia el cambio.

Se identifican 5 etapas:

- Pre-contemplación
- Contemplación
- Intención
- Acción y
- Mantenimiento

Pre-contemplación: en esta etapa las personas no tienen intención de cambiar de conducta en un futuro próximo, no son conscientes del problema o niegan el peligro que supone su conducta actual. No consideran aún el cambio de comportamiento. Pueden no haberse dado cuenta que el cambio es posible o que es de su interés. *Por ejemplo considerar enfermar de la malaria como un hecho cotidiano, normal, natural. No considerar a la enfermedad como un problema.*

Contemplación: las personas son conscientes de la existencia del problema y están pensando seriamente en hacer algo para superarlo, pero todavía no se han comprometido a hacerlo. Algo sucede para que incite a la persona a pensar en el cambio, u otra cosa ha cambiado, y como resultado, la persona piensa en la necesidad de que se de un cambio. *Por ejemplo, ante el aumento de enfermos con malaria en la comunidad, los líderes comunitarios piensan solicitar ayuda al personal de salud.*

Intención: las personas tienen la intención de hacer algo para superar el problema en un futuro próximo y quizás lo hayan intentado en un pasado reciente, aunque no de manera constante.

La persona se prepara para realizar el cambio deseado - esto requiere reunir información, buscar cómo lograr el cambio, averiguar la preparación y las herramientas necesarias, decidir en qué momento deba darse el cambio - esto puede incluir el hablar con otros para ver cómo se sienten respecto al cambio, considerando también el impacto que pueda producir el cambio y quién se verá afectado por este. *Por ejemplo cuando se acude a reuniones organizadas por el centro de salud para saber como cuidar a los enfermos de malaria.*

Acción: las personas cambian la percepción que tienen de su conducta y experiencias o entorno para superar sus problemas.

Las personas hacen los cambios por medio de decisiones previas, experiencias, información, nuevas habilidades, y motivaciones que producen el hacer este cambio.

Por ejemplo: *las personas saben que al usar adecuadamente (bien templado y sin huecos) todos los días su mosquitero tratado con insecticida, se protegen de contraer malaria y otras enfermedades producidas por picaduras.*

Mantenimiento: Se hace un esfuerzo para no retroceder en el camino avanzado y mantener el cambio de comportamiento durante un largo periodo de tiempo. Se requiere de la práctica para poder sostener o mantener este nuevo comportamiento, y así incorporarlo al repertorio de comportamientos disponibles.

Aplicación en estrategias IEC

La investigación de base del programa IEC debe identificar las etapas del cambio en que se encuentra la audiencia a la que va dirigido. En función a la etapa de cambio en que se encuentre la audiencia los objetivos de comunicación a alcanzar serán diferentes.

Si la audiencia se encuentra en una etapa de **pre-contemplación** será necesario: Incrementar el nivel de conciencia y recomendar una solución.

En la etapa de **contemplación** será de utilidad identificar barreras y beneficios percibidos por la audiencia con relación a la conducta propuesta. En la etapa de **intención**, es importante proveer de información logística, y aconsejar/motivar con ayuda de los grupos de soporte. En la etapa de **acción** es necesario, proveer información para la realización/uso adecuado, estimular la realización/uso continuado con énfasis en los beneficios, reducir barreras a través de la solución de problemas y desarrollar habilidades por medio de ensayos. En la etapa de **mantenimiento** será necesario: recordar los beneficios del nuevo comportamiento, reafirmar habilidades y desarrollar mecanismos de apoyo social.

Modelo de las creencias en salud o Health Believe Model – HBM

Desarrollado por Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels e Irving Rosentock durante los años cincuenta fue originalmente creado para explicar y predecir el comportamiento preventivo vinculado a la utilización de los servicios de salud.

Este modelo esta basado en la premisa de que los pensamientos y sentimientos de uno controlan las acciones que uno realiza. Propone que el comportamiento de salud esta determinado por factores internos: percepciones y creencias, que influyen el grado en el que la persona puede ser motivada para actuar.

Para este modelo el comportamiento individual está determinado por 4 creencias principales o factores mentales:

- **Susceptibilidad percibida:** La percepción de la vulnerabilidad personal ante algo que representa peligro para la salud.
- **Severidad percibida:** La percepción de la gravedad del caso y sus posibles consecuencias.
- **Beneficios percibidos:** La percepción de la eficacia de un comportamiento para reducir la severidad de la condición de riesgo/ combatir la enfermedad.
- **Barreras percibidas:** La percepción de los obstáculos (costos tangibles y psicológicos) para adoptar el comportamiento propuesto.

Estos factores mentales influyen en la tendencia a actuar de una forma u otra. Otros conceptos importantes para este modelo son:

- **señales para la acción:** reacciones, opiniones de personas significativas: familiares, amigos, pares y de los medios de comunicación y
- **autoeficacia** o la confianza propia para desempeñar con éxito una acción.

Aplicaciones en estrategias IEC

Este modelo es útil porque permite identificar, analizar y comprender las percepciones y la influencia de estas en la adopción/no adopción un determinado comportamiento. Por ejemplo para el caso de malaria en zonas rurales de selva, la severidad percibida era muy baja, debido entre otros factores a la escasa ocurrencia de la malaria falciparum o "mortal" en las zonas y a la temporalidad y efectos de la malaria vivax o "benigna". Situación que viene transformándose al incrementarse los casos de malaria falciparum en diferentes zonas.

Modelo de la Acción razonada y comportamiento personal

Este modelo fue desarrollado por Icek Ajzen y Martin Fishbein en 1980. La premisa principal de este modelo es que las personas normalmente son bastante racionales y hacen un uso sistemático de la información disponible. Este modelo introduce el concepto de **intención de comportamiento**, que sería el principal predictor del comportamiento.

La intención del comportamiento es definida como un balance entre dos determinantes: la **actitud** de la persona hacia el desarrollo del comportamiento (basado en las creencias sobre las consecuencias de desarrollar este comportamiento, y la percepción de la persona sobre la **presión social o norma subjetiva** (percepción personal que tenemos sobre lo que otros, principalmente personas significantes: familia, amigos, pares, piensan que debemos hacer) ejercida sobre el o ella al realizar el comportamiento.

Otro concepto importante es el de **control percibido** y conformado por las creencias que tienen las personas sobre la disponibilidad de recursos y obstáculos para realizar el comportamiento combinado con las percepciones del impacto de este.

Aplicaciones para estrategias IEC

Este modelo destaca la interrelación entre la actitud, la norma social y la percepción de control que influye en la intención del comportamiento y como esta incide en el comportamiento. Aspectos claves a tomar en cuenta en la concepción de los mensajes y los canales a emplear. Por ejemplo para el caso de prevención de la malaria es útil identificar la norma social subjetiva en relación con la realización de las jornadas de ordenamiento físico para el control vectorial en lugares alejados a las viviendas. (Relleno y/o drenaje de charcos formados por las lluvias).

Modelo del Procesamiento de la Información

Desarrollado por James Betmann en 1979, este modelo no fue creado para estudiar comportamientos relacionados con la salud pero tiene muchas aplicaciones útiles en este tema. La información es necesaria pero no suficiente para estimular comportamientos saludables. El uso de la información es un proceso racional sin embargo la motivación es la fuerza que impulsa la búsqueda de información y cuanta atención prestan a ella las personas. Las premisas principales de este modelo son:

Los individuos se hallan limitados en lo que se refiere a cuanta información pueden procesar y con el fin de aumentar el uso de la información las personas combinan pedacitos de información en bloques y crean reglas para escoger con más rapidez y facilidad.

Aplicaciones en estrategias IEC

A partir de este modelo se deduce que para que las personas puedan utilizar la información sobre salud, esta debe ser: disponible, vista como útil, novedosa y procesable o de formato ágil. Este es el sustento de los "componentes de eficacia" propuestos en el proceso P y utilizados para validar y producir materiales.

1.2.2 Modelos de Cambio de Comportamiento Interpersonal

Modelo cognitivo o de Aprendizaje social

Este modelo fue desarrollado por Albert Bandura en 1986. Su principal supuesto es que las personas interactúan constantemente con su entorno social y que influyen y son influenciados por sus familias, amigos, colegas y otros.

El comportamiento se explica por las interacciones continuas que se dan entre los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento. Una premisa básica es que las personas no aprenden solamente por medio de su propia experiencia (ensayo y error) sino también observando las acciones de otros y los resultados de dichas acciones.

Uno de los conceptos claves es el **determinismo recíproco**, que tiene que ver con la interacción y mutua influencia entre los comportamientos y el entorno. Otro concepto importante es el de **capacidad de comportamiento** o "saber hacer". Las **expectativas** son el resultado de lo que la persona piensa que ocurrirá si realiza la acción. Y la **autoeficacia**, considerado el aspecto más importante: la confianza que una persona tiene en su capacidad para poder hacer algo y su constancia para la lograrlo. El **refuerzo** es una respuesta al comportamiento que afecta la posibilidad de que el comportamiento se repita o no. Los refuerzos se dan bajo la modalidad de recompensas, falta de respuesta o castigos.

Aplicaciones para estrategias IEC

Un aspecto importante al respecto es tomar en cuenta el hecho de que las personas aprenden de su propia experiencia pero también observando las acciones realizadas por otros. Entre las técnicas más utilizadas que se enmarcan en este modelo figuran: los entrenamientos, las capacitaciones, el modelaje, los ensayos de comportamiento o pruebas asistidas y el automonitoreo.

Modelo de la experiencia social

Utilizando una perspectiva de desarrollo humano, Bloomberg desarrolló en 1994 este marco de trabajo para entender las interacciones entre elementos del ambiente social y la salud. Introduce el concepto de **experiencia social** y la forma en como el ambiente, sea este próximo o más amplio influye en el comportamiento de las personas.

Para este modelo el comportamiento es el resultado de las interacciones con "personas significativas". Sugiere que las opiniones y comportamientos de los amigos, la familia y otras redes influyen las percepciones y acciones personales.

Modelo de las redes sociales y soporte social

Este modelo desarrollado por Israel en 1985, explica los mecanismos por los que las interacciones sociales pueden promover o inhibir el comportamiento individual y colectivo. Para el adecuado desarrollo de intervenciones se deben considerar las características de la **red social**, entre las que se tiene:

- **Estructura:** tamaño y número de miembros de la red.
- **Interacción.** Frecuencia del contacto, fuerza de los lazos y naturaleza recíproca de los diferentes contactos.
- **Densidad:** hasta que punto los miembros de la red se conocen unos a otros.
- **Reciprocidad:** hasta que punto los recursos y el soporte son dados y recibidos en las relaciones de la red.

Por otro lado el **soporte social** se refiere al contenido de estas relaciones. Se pueden identificar cuatro tipos de soporte:

- **Emocional:** Cuidado, amor, respeto.
- **Instrumental:** dinero, ayuda tangible, servicios.
- **Informativo:** consejo, sugerencias e información útil para la solución de problemas.
- **Valorativo:** información que es útil para la auto evaluación, retroalimentación.

Aplicaciones para estrategias IEC

A la luz de este modelo se pueden identificar los potenciales canales, medios y tono de los mensajes.

1.2.3 Modelos de Cambio de Comportamiento Social o Comunitario

Difusión de innovaciones

Este modelo aborda la forma en que las innovaciones se difunden en una sociedad o de una sociedad a otra. La innovación es una idea, producto o práctica social que se percibe como nueva por individuos o grupos. Según este modelo para introducir una innovación en un sistema social se debe tomar en consideración lo siguiente: las características de la población objetivo (clasificación de adoptantes), las características de la innovación y las etapas de adopción.

Con relación a la **clasificación de los adoptantes** tenemos las siguientes categorías: Innovadores, adoptantes tempranos, mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados.

Entre las **características de la innovación** están: la **ventaja relativa** referida a que tan superior o más ventajosa es la nueva idea, práctica o producto. La **compatibilidad de la innovación** con los valores, hábitos, experiencia y necesidades de las personas que posiblemente la adoptarían. La complejidad o el **grado de dificultad** con el que es percibida una innovación. La posibilidad de **poner a prueba** la innovación antes de comprometerse a adoptarla y finalmente la observabilidad o visibilidad, **tangibilidad** de los resultados de adoptar la innovación.

Con relación a las **etapas de la adopción** tenemos: Conciencia, interés, prueba, decisión y adopción.

Muchos de los conceptos claves de este modelo son retomados por el marketing y la publicidad.

Modelo del empoderamiento comunitario

Para muchos teóricos el cambio de comportamiento individual no es suficiente, para que se de un cambio sostenible es necesario “empoderar” a las personas. Este concepto es entendido de diferentes maneras, por ejemplo:

- Un proceso personal largo en el que los individuos desarrollan y emplean los conocimientos necesarios, competencias y confianza para realizar sus propias decisiones o
- Competencia participatoria: o la habilidad de dejarse oír por aquellos que están en el poder o
- El proceso social de reconocer, promover y aumentar las habilidades de las personas para que encuentren sus propias necesidades, resuelvan sus propios problemas y movilicen los recursos necesarios para sentirse en control.

Centrado en un **entendimiento de la comunidad**, el proceso de empoderamiento es el reconocimiento de que las comunidades están compuestas por individuos y organizaciones que interactúan en una variedad de redes sociales. Esta **interdependencia** se apoya en la noción de que los cambios en una parte del sistema social tienen efectos en otras partes. Como resultado, los programas de desarrollo cuyo propósito es facilitar la pertenencia, competencia y compromiso para el cambio deben explorar el concepto de empoderamiento en tres niveles prácticos:

Empoderamiento individual: se centra en la eficacia y la competencia personal. Toma en cuenta también el juicio personal sobre el dominio y el control sobre una situación.

Empoderamiento organizacional: enfatiza el proceso que permite a las personas incrementar el control dentro de una estructura formal y permite a las organizaciones políticas y decisiones en una comunidad ampliada. En la práctica provee oportunidades para el crecimiento individual y acceso en procesos de toma de decisiones.

Empoderamiento comunitario: se centra en la acción colectiva y el control que está basado en la participación de los individuos y las organizaciones dentro de un contexto social específico.

Este modelo propone que orientando las intervenciones al nivel comunitario también se promueven cambios individuales.

1.3 Modelos de Planificación en Comunicación:

1.3.1 Modelo Mercadeo Social -MS

El término “Mercadeo Social” fue acuñado por primera vez en 1971 refiriéndose al uso de los principios y técnicas del marketing (comercial) para hacer progresar una idea o una conducta sociales.

Desde entonces, el término ha llegado a significar una tecnología de gestión de cambio social que incluye el diseño, la puesta en práctica y el control de programas

orientados a aumentar la aceptabilidad de una idea o práctica social en uno o más grupos de adoptantes objetivo.

Utiliza conceptos de segmentación de mercados, de investigación de consumidores, de desarrollo y prueba de conceptos de producto, de facilitación, de incentivos y de teoría del intercambio para maximizar la respuesta de los adoptantes objetivo. La agencia patrocinadora persigue los objetivos de cambio con la convicción de que contribuirán a los mejores intereses del individuo o de la sociedad.

Los agentes de marketing social promueven ideas tanto como prácticas sociales. Su objetivo final es cambiar la conducta. Por ello, la finalidad de una campaña de nutrición no se reduce a ayudar a los consumidores a saber más y desear mejor alimentación sino a cambiar sus hábitos alimentarios. Los publicitarios sociales pueden encontrarse satisfechos trabajando a nivel informacional o de actitud. Los agentes de marketing social buscan conseguir la "adopción" y/o "la compra" y el "uso".

El mercadeo social se construye alrededor del conocimiento obtenido en las prácticas empresariales: el establecimiento de objetivos medibles, la investigación sobre las necesidades, la adscripción de productos a grupos especializados de consumidores, la tecnología de posicionamiento de productos ajustados a necesidades y los deseos humanos y la comunicación eficaz de sus beneficios, la vigilancia constante de los cambios del entorno y a capacidad de adaptarse al cambio.

El mercadeo social adopta una orientación al consumidor. El proceso está impulsado por el consumidor no por el experto. Utiliza el principio del intercambio voluntario, los individuos, los grupos y las organizaciones tienen recursos (como dinero, esfuerzo o tiempo) que están dispuestos a cambiar por beneficios percibidos.

Martín Armario define. *"el mercadeo social sobre la base de estrategias de cambio social voluntario, tiene por objeto la modificación de opiniones, actitudes y comportamientos, así como la adhesión a una idea por parte de ciertos públicos con el objeto de mejorar la situación de la población en su conjunto o de ciertos grupos de la misma"*.

Para producir dicho cambio, el mercadeo social incorpora el componente educativo, el cual facilita la toma de decisiones informada y voluntaria por el público objetivo que se beneficiará directamente, y de aquel que es un beneficiario indirecto o que influirá en la toma de decisión del beneficiario directo.

Diferencias entre el Mercadeo Social y el Mercadeo Comercial²

Mercadeo Social *	Mercadeo Comercial
Sin fines de lucro	Con fines de lucro
Cambios a largo plazo	Cambios a corto y mediano plazo
Grupos vulnerables	Población con capacidad adquisitiva
Consensos Internacionales /Políticas nacionales	Políticas empresariales

La diferencia esencial entre el Mercadeo Comercial y el Mercadeo Social es su finalidad. Mientras que el primero busca satisfacer la demanda de un grupo de

² * Tomado de Curso de Mercadeo Social a distancia- Maestría en Gerencia Social – Pontificia Universidad Católica del Perú

individuos con cierta capacidad adquisitiva a través de la venta de determinados productos con un objetivo lucrativo y de desarrollo empresarial, el segundo se orienta a lograr cambios de comportamiento a largo plazo en grupos de individuos vulnerados en determinados derechos con el fin de contribuir al logro del bienestar a través del mejoramiento de su calidad de vida.

En lo que respecta a los cambios en el comportamiento, en el mercadeo social se trata de cambios a largo plazo relacionados a valores, costumbres y creencias de las personas. Además en temas sociales que son abordados de forma preventiva, los beneficios no son percibidos directamente.

En el mercadeo comercial, generalmente se trabaja con públicos que tienen cierta capacidad adquisitiva, dado que el fin de una empresa es generar excedentes o lucro. En el mercadeo social las intervenciones se orientan a públicos vulnerados en sus derechos, independientemente de la capacidad económica, sino más bien, con la necesidad de ampliar sus capacidades y oportunidades para el adecuado ejercicio de sus derechos como persona, para el acceso a determinado bien o servicio.

Un aspecto importante es que el MS no solo responde a consensos y políticas nacionales sino que también busca y promueve el desarrollo y la implementación de políticas públicas que soporten y le den sostenibilidad al tema que se trata en determinado programa o proyecto.

En nuestro país, el área de salud posiblemente sea la que mas ha utilizado el mercadeo social. Desarrollándose proyectos de salud sexual y reproductiva que incorporaron el mercadeo social de métodos anticonceptivos o la estrategia de mercadeo de la sal yodada que permitió llegar de manera efectiva y eficiente, mediante estrategias de promoción y difusión, a los diferentes públicos involucrados en el proceso: personal de salud, consumidores, productores, profesores, organizaciones y líderes de la comunidad.

Las variables clásicas del mercadeo, también llamadas en su conjunto "marketing mix" o las "4P", son instrumentos que nos permiten analizar los diferentes aspectos que intervienen en un plan de mercadeo. Estas son Producto, Precio, Plaza y Promoción.

El cambio de una idea o conducta adversas o la adopción de nuevas ideas y conductas es el objetivo del mercadeo social. Las ideas y las conductas son el producto que ha de promoverse. El producto social puede ser de tres clases: una idea (creencia, actitud, valor), una práctica (acto único, acto repetitivo/conducta) y objetos tangibles o servicios

El precio en mercadeo social es el costo que el público objetivo podría pagar por el producto, se fija en función al ingreso del grupo y en función a la competencia. En el caso que el producto social no implique un costo monetario, existe un costo que está relacionado con el esfuerzo, el tiempo, las incomodidades o el temor que puede implicar hacer o dejar de hacer algo. A esto se le llama costo de oportunidad.

La plaza es el punto de encuentro entre el grupo objetivo y el producto, es el espacio donde se encuentran la oferta y la demanda, donde se da el intercambio. Su función es hacer más accesible al público objetivo la obtención del producto.

La promoción es la variable de mercadeo más visible ya que a través de diversas formas de comunicación (directas y mediadas) se da a conocer el producto y sus beneficios, se informa sobre sus ventajas competitivas, se persuade al público para

mantener o cambiar su comportamiento y se promueve el aprendizaje del uso del producto.

1.3.2 Modelo Preceder-Proceder

Este modelo diseñado en 1986 por Lawrence Green y Marshal Kreuter parte de la premisa de que **“para ser sostenible, un cambio de comportamiento tiene que ser voluntario por naturaleza”**. Este modelo refleja un proceso de planificación sistemático que busca empoderar a las personas dotándolas con conocimientos y destrezas y fomentando su activa participación en la comunidad para mejorar su calidad de vida.

Se sustenta en investigaciones que indican que el cambio de comportamiento es más probable y más duradero cuando las personas han participado activamente en las decisiones sobre el mismo.

El modelo Preceder-Proceder consta de nueve fases. De las cuales las cinco primeras son de diagnóstico:

1. Diagnóstico social de las necesidades, deseos, recursos y obstáculos autodeterminados que tienen en la comunidad seleccionada.
2. Diagnóstico epidemiológico de los problemas de salud.
3. Diagnóstico conductual y ambiental de los comportamientos y factores ambientales específicos que el programa abordará.
4. Diagnóstico educativo y organizativo de condiciones que predisponen, posibilitan, refuerzan y afectan el comportamiento.
5. Diagnóstico administrativo y de políticas, recursos necesarios y disponibles en la organización, obstáculos y apoyos con los que se cuenta en la comunidad.

Cada diagnóstico identifica objetivos y establece prioridades sobre la base de la **la importancia y la modificabilidad** o posibilidad de cambiar. El resultado de estos diagnósticos es un plan con objetivos específicos, asignación de responsabilidades, presupuestos y plazos. El plan persigue satisfacer las necesidades y los deseos autodeterminados por la comunidad.

Las cuatro etapas restantes son la ejecución y la evaluación (del proceso, de resultados y de impacto)

Este modelo al igual que el de mercadeo social, utiliza la investigación para fijar la atención en las “palancas” que podrían influir en el comportamiento deseado. Identificando los **factores predisponentes, factores que refuerzan y factores que obstaculizan o posibilitan**.

1.3.3 Modelo Proceso P- PECE

El modelo de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa – PECE , desarrollado por el Proyecto Salud y Nutrición Básica –PSNB se basa en el Proceso P del Centro de Programas de Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins.

Según el modelo el proceso consta de 04 etapas:

- Diagnóstico,
- Estrategia,
- Intervención y

- Evaluación.

El diagnóstico es definido como un *“proceso de investigación mediante el cual obtendremos la información necesaria para planificar adecuadamente la intervención de comunicación”* e implica tres pasos:

- La definición del problema de salud,
- La realización del análisis situacional y
- La caracterización del público.

En la guía PECE del Planificador IEC, se describe la utilidad de cada uno de estos pasos y se recomienda un procedimiento para su desarrollo. En el caso de la identificación del problema, se proponen seis preguntas orientadoras y la utilización de la técnica del árbol de problemas.

Para el análisis situacional se definen tres ambientes: el ambiente interno, el micro-ambiente y el macro-ambiente y se utiliza la matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).

Para la caracterización del público se propone la revisión de información primaria (estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas) y secundaria y la posterior elaboración de cuadros de comportamiento.

El diseño de la estrategia es la segunda etapa del proceso. Es definida como aquella *“que nos permita lograr que el mensaje que queremos transmitir llegue al público objetivo de esa población afectada, de la forma más eficiente posible, a fin de enfrentar el problema de salud con éxito”*. La estrategia esta conformada por seis componentes, los cuales se relacionan de manera funcional:

- Segmentación de audiencias.
- Priorización de comportamientos.
- Objetivos de comunicación.
- Definición de mensajes.
- Selección y combinación de medios y
- Plan de trabajo.

Explicando brevemente cada uno de los componentes, encontramos que en la segmentación de audiencias se determinan los públicos primarios y secundarios. El publico primario es definido como aquel *“grupo más afectado y con más probabilidades de responder a nuestra intervención”* Y el publico objetivo secundario esta conformado por *“aquellas personas indispensables para la acción porque pueden facilitar tareas y tener influencia en las decisiones del público objetivo primario”*

En la priorización de comportamientos se identifican los comportamientos actuales, ideales y factibles. Con relación a los objetivos de comunicación estos deben ser medibles, alcanzables, dirigidos, razonables y específicos en el tiempo (Acróstico MADRE).

Para la elaboración de los mensajes se identifican los beneficios, el soporte de los beneficios y el tono comunicacional así como los mensajes principales, secundarios, slogan y finalmente el posicionamiento. Para seleccionar y combinar los medios se deben tomar en cuenta los aspectos a favor y en contra de los diferentes tipos de medios: masivos, comunitarios, interpersonales/grupales y de apoyo. Finalmente el plan de trabajo comprende el organigrama de funciones, el cronograma y el presupuesto.

La **Intervención** como tercera etapa “*comprende la producción de materiales, su validación y difusión*”. Priorizándose en esta etapa lo relacionado con los criterios de producción de materiales impresos, de audio y video.

La **Evaluación** corresponde a la etapa final y según lo indicado en la guía ésta se da continuamente durante el desarrollo de todo el proceso de planeamiento de la comunicación educativa. Se describe la evaluación de: necesidades o diagnóstica, de proceso o monitoreo, de resultados o final y la de impacto o posterior al término de las actividades.

1.4 Estrategias de Prevención y Control de la Malaria

La malaria o paludismo pertenece al grupo de enfermedades infecciosas re-emergentes, ya que se trata de una antigua enfermedad, con un período de declinación a mediados de este siglo, que en los últimos años ha adquirido nuevamente gran magnitud a nivel mundial.

La malaria es causada por un parásito unicelular del género *Plasmodium*. Las especies que afectan al ser humano son cuatro: *Plasmodium Vivax*, *falciparum*, *malariae* y *ovale*. Mientras que la primera se identifica con formas benignas de la enfermedad, la segunda llamada también “*maligna*”, es responsable de la forma grave y puede ocasionalmente causar la muerte. La tercera es mas bien rara en nuestro país, y la última no está presente.

La transmisión de la enfermedad de una persona enferma a una persona sana, se da mediante la picadura de un mosquito vector del género *Anopheles*, del cual hay más de 40 especies identificadas en nuestro país. Los principales son los *anopheles pseudopunctipennis*, *albimanus*, *benarrochi* y *darlingi*.

Los mosquitos transmisores de la malaria se reproducen depositando sus huevos en diferentes cuerpos de agua con substratos orgánicos. Estos criaderos pueden ser naturales constituidos por los charcos, pantanos, aguajales, etc; o artificiales, como los campos de cultivo de arroz bajo riego, las piscigranjas, piscinas, estanques y canales.

El proceso biológico del nacimiento de las larvas es a partir de los huevos, y el crecimiento y maduración de las mismas hacia las formas adultas, requieren de las condiciones especiales de temperatura y humedad que se encuentran en los climas tropicales, sean valles selvas, y en las zonas templadas pantanosas. Por ello los países que tienen un ecosistema como el descrito son por lo general países endémicos de la malaria.

Actualmente la Malaria es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, produce más de 300 millones de casos clínicos al año y un millón de muertes. Se extiende en más de 90 países, donde unos 2,400 millones de personas, están expuestas al riesgo de transmisión de las diferentes especies de *Plasmodium*; esta cifra representa un 40% del total de la población mundial. Se estima que causa 500 millones de casos clínicos y mas de un millón de muertes cada año, la mitad de ellos en menores de 15 años. Cada 30 segundos muere víctima de malaria un niño en algún lugar.

La magnitud descrita no es reciente, durante el inicio del presente siglo la malaria ocasionaba aproximadamente 2 millones de muertes cada año. Ante la

envergadura del problema, desde mediados del presente siglo (décadas del 50 y 60), se iniciaron en el ámbito internacional una serie de programas de erradicación impulsados por la OMS. El efecto de estas iniciativas fue la disminución dramática de la malaria en muchos países del mundo, como se observó con la disminución de la mortalidad, que pasó de 194 por cien mil habitantes a 16 por cien mil habitantes. Pese a estos logros, esta iniciativa mundial cesó en los 70 al hacerse insostenible económicamente, fundamentalmente por la aparición de resistencia al DDT y por el desarrollo de resistencia del *Plasmodium falciparum* a la cloroquina.

En las Américas la malaria es endémica presentándose en los países con climas cálidos y tropicales, principalmente en aquellos que pertenecen a la región amazónica. El comportamiento endémico ha presentado cambios desde la década de los '80, momento en el cual se observa un incremento sostenido de los casos de malaria reportados por los países de la región de la OPS. Así, puede observarse que de menos de 400,000 casos reportados durante la década de los '70, en los '80 la cifra ascendió a 600,000 casos anuales, alcanzándose el pico de 1'300,000 casos en el año 1995 (figura 1). Este comportamiento es producto de la extensión del daño que abarca 21 de los 37 países de la región y de la situación de alto o moderado riesgo de transmisión en que viven 85 millones de personas (19% del total poblacional de la región).

Figura 1



Fuente: OGE-MINSA

(* Hasta la semana epidemiológica 15)

Dentro de la región tenemos diferencias marcadas, así tenemos que el país más afectado es el Brasil, el cual reportó 450,000 casos (36.6% del total de la región) en 1998. El Perú reportó más de 200,000 casos lo que lo ubica como el segundo país más afectado en la Región.

1.4.1 La malaria en el Perú

En el panorama de la Salud Pública en el Perú, la malaria es un problema grave debido al aumento de su incidencia y extensión geográfica. El incremento de casos de los últimos años ha convertido a nuestro país en el **segundo país con más alta incidencia en Sudamérica.**

La quinina es uno de los alcaloides del árbol de la quina, oriunda del Perú, que por varios siglos fué el único tratamiento disponible contra la malaria en todo el mundo. El árbol de la quina fué colocado en el escudo nacional del Perú por el médico José Gregorio Paredes para representar la riqueza del reino vegetal. *Carolus von Linneus* denominó "chinchona" al género del árbol de la quina, probablemente a raíz del episodio que relata don Ricardo Palma en la tradición que llamó "Los Polvos de la Condesa"

A comienzos del presente siglo, la malaria era el más importante problema de Salud Pública en el Perú. En la primera mitad del siglo se realizaron las primeras medidas de lucha antivectorial, tales como el drenaje de charcos, destrucción de insectos y larvas y petrolización de charcos (medida actualmente en desuso), entre otras.

La tendencia histórica de la enfermedad, registrada desde 1939, muestra una franca declinación en la década del cuarenta, particularmente en 1945 en adelante. Sin embargo, se aprecia un claro y sostenido incremento desde 1990.

En 1957 se creó el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, el cual implementó una serie de acciones basadas en el uso de insecticidas dirigidas principalmente al control vectorial.

Para mediados de la década siguiente, dicha institución logró disminuir la malaria a niveles que presagiaban una pronta erradicación de la enfermedad. Así a lo largo de 1965 se reportaron sólo 1500 casos. Estos niveles de control de la malaria se mantuvieron hasta inicios de la década de los setenta cuando se evidencia un aumento progresivo del número de los casos.

Siguiendo esta tendencia, en la presente década la incidencia de malaria ha crecido desmesuradamente, al punto de que en 1998 se registró la tasa más alta de los últimos 60 años. A ello se añade la aparición de cifras importantes de malaria causada por *Plasmodium falciparum*. Entre fines de los años ochenta y principios de los noventa, la malaria por *P. falciparum* se limitaba a pequeños brotes a partir de casos importados que eran controlados de manera relativamente fácil mediante intervenciones focalizadas. Es a partir de 1993 que se presenta un aumento marcado que continúa hasta la actualidad, en el que se reportan miles de casos mensuales:

Los casos de malaria en 1999 se han producido en 541 distritos del país (30% del total de 1792 distritos), lo que representa el 75% de la superficie del territorio nacional donde habitan aproximadamente 8 millones de personas. Pese a la extensión descrita los departamentos de Tumbes, Piura, Loreto, Junín y Ayacucho concentran más del 85% de los casos reportados en el país. Es importante mencionar que en estos departamentos se encuentran 108 distritos con alto riesgo de transmisión de malaria.^{3*}

Todo este panorama epidemiológico nos configura la existencia de un proceso de reemergencia de la malaria en nuestro país.

³ Un área geográfica de alto riesgo se tipifica según el índice parasitario anual (IPA). El IPA es el número de casos confirmados por cada mil habitantes. Según este indicador el Ministerio de Salud considera las siguientes zonas de riesgo:

- ALTO RIESGO cuando el IPA es de 10 a más
- MEDIANO RIESGO cuando el IPA está entre 1 y menos de 10
- BAJO RIESGO cuando el IPA es menos de 1 y,
- SIN RIESGO cuando el IPA es 0

Pero el problema de la malaria no sólo se ha circunscrito a la extensión y magnitud del problema, sino también a su etiología, la cual ha variado en los últimos años, debido a la aparición de la malaria producida por *P. Falciparum*. En 1988 se reportaron 32,000 casos de malaria de los cuales ninguno correspondió al *P. Falciparum*, 11 años después en 1999 se reportaron 140,455 casos de malaria correspondiendo 60,945 a casos de malaria por *P. Falciparum*. La reemergencia de la malaria por *P. Falciparum*, ha sido "explosiva", si se considera que de una proporción menor al 1% del total de casos en el ámbito nacional en 1990, haya llegado a representar el 43.4% del total de 1999. El ingreso de la malaria por *falciparum* se habría producido desde las fronteras con Ecuador en el norte del país y de Brasil y Ecuador en la Amazonia extendiéndose en los años siguientes a otras zonas del país.

1.4.2 Principales zonas de transmisión y factores condicionantes

Se ha hecho evidente en los últimos años que las principales zonas de transmisión de la malaria presentan características tan distintas entre si que es posible distinguir dos patrones epidémicos de malaria en nuestro país: el patrón epidémico Costa Norte y el patrón epidémico Selva.

Los factores condicionantes y determinantes de la presencia de la enfermedad en cada patrón epidémico son claramente distintos, por lo que requieren ser abordados de diferente manera para adecuado control.

En el patrón epidémico "Selva" es la naturaleza misma quien brinda al mosquito las condiciones ambientales ideales para su reproducción, y no la modificación de las actividades del ser humano (a excepción de las piscigranjas de reciente introducción que representan un criadero adicional cuando no son adecuadamente manejadas). Debido a ello, la malaria es endémica en la selva, y es poco probable que pueda ser erradicada.

Actualmente, el conocimiento de los elementos que constituyen la cadena epidemiológica de la malaria (vector, parásito, hospedero) permite enfrentarla con mejores posibilidades de control que otras enfermedades endémicas. Así se ha identificado que los vectores de la malaria difieren en sus horarios de alimentación y en su preferencia por los distintos tipos de *Plasmodium* relacionados con las formas benigna o maligna de la malaria, lo que permite diseñar diversas estrategias de lucha contra el vector y el parásito predominante, con distintas perspectivas de éxito.

El clima tiene efectos sobre la malaria. En Loreto se observa que existe una relación directa entre las lluvias, el nivel del río Amazonas y la tasa de incidencia de malaria. La tasa de incidencia de malaria aumenta luego del ascenso del nivel del río y disminuye cuando baja su nivel. Cuando se inicia el periodo de lluvias y el nivel del río crece, se forman charcos de agua que finalmente sirven de criaderos de *anophelinos*.

El "Fenómeno del Niño" guarda una relación temporal con el brote de malaria ocurrido en el norte del país en el 97 y 98, aunque no existen estudios que midan el impacto de este fenómeno en la transmisión de enfermedades metaxénicas.

La actividad del hombre modificando el medio influye también sobre la transmisión de esta enfermedad, y la circulación de personas infectadas introduciendo la enfermedad a otras zonas.

En la costa norte la malaria se relaciona con la abundancia de criaderos del vector debido al uso de riego por encharcamiento de grandes extensiones de terrenos para cultivos de arroz.

Las condiciones de pobreza son un factor que se relaciona al mayor riesgo de transmisión de malaria y a su vez esta enfermedad produce pobreza. En 1998, el estudio "Impacto Económico de la Malaria" realizado por Proyecto Vígia – MINSA, midió el costo económico de la malaria en el país revelando que el gasto de las familias afectadas por esta endemia en la selva equivale al tercera parte de sus ingresos anuales.

Otros factores que condicionan la prevalencia de la enfermedad en nuestro país son la resistencia del vector a los insecticidas y la resistencia del parásito a los medicamentos, principalmente la cloroquina.

1.4.3 Estrategias de Prevención y Control desarrolladas

El problema de la malaria constituye un reto singular ya que, por ser una enfermedad que se propaga a través de mosquitos vectores, requiere de un variado conjunto de medidas para su adecuado control. Las medidas se refieren tanto a la atención al medio ambiente, lo que involucra las variaciones climáticas, los efectos de las actividades productivas sobre el ambiente, las características de las viviendas y los servicios básicos así como a la atención a las personas y a su comportamiento individual y colectivo, lo que incluye estilos de vida, riesgos laborales y movimientos migratorios entre otros. La prevención y control de la malaria en el Perú se desarrolla según las normas y procedimientos del Programa Nacional de Control de la Malaria y otras enfermedades metaxénicas (PNCM-OEM), actualmente denominado componente de Malaria y OEM de la Dirección de Riesgos y Daños.

El Componente de Malaria - OEM es descentralizado y está integrado a los servicios generales de salud. Se caracteriza porque incluye la participación social en las acciones de control y es prioritario en las regiones endémico – epidémicas, en las que la malaria constituye un problema de salud social y económico.

Su finalidad es: "controlar la malaria como problema de salud en el país, con énfasis en las regiones endémico-epidémicas, y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad con impacto positivo en el desarrollo integral de las poblaciones".

Sus objetivos específicos son:

- Interrumpir la cadena de transmisión mediante la detección y el diagnóstico oportuno y precoz, con criterio clínico-epidemiológico y de laboratorio, así como brindar un tratamiento eficiente y eficaz a los enfermos con malaria.
- Promover el cuidado de la salud entre el personal del sector, el enfermo, su familia y comunidad, con la finalidad de lograr el auto cuidado y la notificación voluntaria.
- Fortalecer la capacidad de respuesta de la red de laboratorios para diagnosticar la malaria.

- Establecer un sistema de información veraz y oportuna para el registro y seguimiento de casos, que permita efectuar comparaciones y evaluar adecuadamente los aspectos epidemiológicos y operativos.
- Planificar y desarrollar acciones integradas de control vectorial con participación social.
- Garantizar el diagnóstico y tratamiento gratuito de los enfermos de malaria

El Ministerio de Salud mediante la Dirección de Daños y Riesgos – Componente Malaria y OEM realiza todo un conjunto de medidas como:

Vigilancia epidemiológica:

Consistente en la notificación e investigación sistemática de casos y análisis de información. Al respecto, el mantenimiento de una estricta vigilancia es sumamente importante pues los desplazamientos de personas por rutas no controladas pueden reintroducir el vector o sus larvas en zonas periurbanas de alta densidad poblacional, con el consiguiente riesgo de epidemia.

Vigilancia entomológica

Implica el estudio de los hábitos de los vectores por zonas geográficas en función a su capacidad de transmisión y resistencia a insecticidas, gracias a la cual se ha demostrado la reciente introducción del *Anopheles darlingi*, vector mucho más eficaz en su capacidad de atacar al ser humano.

Control vectorial integrado y protección del medio ambiente:

Consiste en técnicas dirigidas a los vectores adultos y a las formas larvarias que se encuentran en los criaderos. Estos métodos buscan disminuir la densidad y longevidad del *anopheles* y se aplican en áreas de alto y mediano riesgo según enfoque de estratificación epidemiológica. Incorporándose en forma preventiva en aquellas de bajo riesgo o libres de malaria.

Las actividades antilarvarias incluyen:

Control químico: aplicación de larvicidas químicos en los depósitos de agua. Su uso es prioritario en los brotes epidémicos de malaria.

Control físico: son actividades de ordenamiento ambiental dirigidas a eliminar los criaderos potenciales y reales del *anopheles*. Realizándose drenajes de aguas estancadas producidas por fenómenos climatológicos como filtraciones, desbordes o irrigaciones.

Las actividades contra mosquitos adultos:

Comprenden básicamente las medidas de protección personal como el uso de mosquiteros impregnados, mallas metálicas, repelentes y de protección familiar y comunal como el deshierbe y cultivo alrededor de la vivienda. Así como rociamientos domiciliarios con insecticidas de acción residual. Estos últimos se

realizan de acuerdo a una estricta evaluación de los indicadores de densidad vectorial y número de casos en situaciones de *⁴brote de malaria.

Atención a las personas

Involucra el reforzamiento de los servicios tanto de salud como individual y colectiva, y considera el diagnóstico, detección precoz y tratamiento de casos. Asimismo, considera parte de la educación sanitaria, aspectos sobre estilos de vida y riesgos laborales, enfatizando las medidas de protección personal, familiar y comunal.

Quimioprofilaxis y vacunación

La primera consiste en la administración de un medicamento para reducir el riesgo de enfermar y morir por malaria. No evita la infección sino más bien la aparición de los síntomas de la enfermedad y protege de las formas graves en que esta se presenta. Indicada para personas residentes en áreas sin riesgo de malaria y que van a ingresar temporalmente a áreas de alto y mediano riesgo de transmisión. La segunda se encuentra en fase de experimentación, y actualmente NO constituye una alternativa para el programa de control de malaria.

Durante los últimos años y principalmente en las zonas de selva, las acciones desarrolladas por el Componente de Malaria y OEM han enfatizado la vigilancia entomológica, las acciones de control químico, el diagnóstico y el tratamiento.

Bajo esta lógica, el Componente de Control de Malaria y OEM del Ministerio de Salud aumentó su cobertura en los servicios de salud, garantizando el diagnóstico y tratamiento completamente gratuito a los pacientes de malaria. Se realizaron grandes inversiones en infraestructura y equipamiento de los servicios (equipos, microscopios, lancetas, medicamentos, insecticidas, mosquiteros impregnados, mallas metálicas, repelentes y otros) como producto de un mayor esfuerzo del Estado con la cooperación internacional, lo que contribuyó significativamente a mejorar la capacidad nacional para el despliegue de acciones contra la enfermedad.

4

*Es el aumento súbito e inusual del número de casos en un lugar y tiempo determinado.

**Plan IEC
para la Prevención de la Malaria
en ámbitos priorizados de la Región Loreto
Julio a Diciembre de 1999.**

2. Plan IEC para la Prevención de la Malaria en Loreto

2.1 Diagnóstico

2.1.1 El problema de salud

2.1.2 Análisis de salud

2.1.3 Caracterización de públicos – Resultados CAP de base

2.2 Estrategia

2.2.1 Segmentación de audiencias

2.2.2 Priorización de comportamientos

2.2.3 Determinación de objetivos

2.2.4 Mensajes

2.2.5 Selección y combinación de medios

2.2.6 Actividades

2.3 Ejecución

2.3.1 Organización y funciones

2.3.2 Producción y validación de materiales

2.4 Evaluación

2.4.1 Monitoreo e indicadores de proceso

2.4.2 Evaluación de resultados

2. Plan IEC para la Prevención de la Malaria en Loreto

En el año 1997 aumentaron los casos de malaria en el país y en la región Loreto en particular. El Programa de Control de la Malaria y Otras Enfermedades Metaxénicas (PCM-OEM) de la región, redobló esfuerzos para diagnosticar y tratar oportunamente los casos y ejecutar acciones de prevención y control como la fumigación de criaderos y la distribución masiva de mosquiteros.

Asimismo desarrolló acciones educativas e informativas con promotores y población afectada, tales como capacitaciones y difusión por medios masivos locales donde se priorizaron los siguientes temas:

- Identificación oportuna de signos y síntomas.
- Promoción del examen de gota gruesa (diagnóstico simple en sangre para identificar la presencia del plasmodium) e
- Identificación del esquema de tratamiento de primera línea.

El lema utilizado en esta ocasión para la campaña informativa fue "***Todos contra la malaria***" y el color característico fue el amarillo intenso. Los canales utilizados fueron la televisión local y la radio. Se produjeron spots de televisión, cuñas radiales y un afiche que ilustraba las pastillas del tratamiento. Estos materiales fueron producidos con recursos propios y de instituciones locales y la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud, OPS.

En el año 1998 y con una casuística controlada, el PCM-OEM de la región elaboró un díptico con información general sobre malaria y realizo acciones educativas intramurales con énfasis en las medidas preventivas utilizando el rotafolio de malaria elaborado por el Proyecto de Salud y Nutrición Básica -PSNB, para Piura con algunas adaptaciones. Ver en Anexos: Producción Local de Materiales.

En mayo del año 1999 se conformó la comisión de Información, Educación y Comunicación, IEC, de la Dirección de Salud - DISA Loreto, reconocida por Resolución Directoral y conformada por 5 integrantes: Coordinador/a Regional de IEC, coordinador/a de Participación Comunitaria, Director/a de Capacitación y dos tutores de capacitación representantes de las micro-redes: Iquitos Norte e Iquitos Sur.

La totalidad de esta comisión había participado en diversas capacitaciones vinculadas al tema de IEC organizados por los diferentes Programas y Proyectos de Inversión del Ministerio de Salud.

En julio del año 1999 y enmarcado en el Convenio MINSAs-PASA-Comunidad Europea (CE)⁵, se destinó un fondo para desarrollar un plan IEC durante un período de 6 meses, atendiendo el problema sanitario prioritario de la región. Para la organización de la campaña se utilizó el modelo de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa – Guía PECE, desarrollado por el PSNB, basado en el Proceso P del Centro de Programas de Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins.

⁵ El convenio MINSAs-PASA-CE realizó intervenciones integrales en zonas de extrema pobreza del país, incluyendo componentes de infraestructura y equipamiento e insumos y fortalecimiento institucional. En siete Direcciones Regionales de Salud realizó intervenciones de IEC orientadas a la prevención de las prioridades sanitarias de las Regiones.

Esta campaña representó el primer trabajo encomendado a la Comisión IEC de la DISA Loreto. Tuvo una doble finalidad:

1. Fortalecer la competencia técnica de la comisión de IEC de la DISA Loreto y
2. Desarrollar el componente educativo del Programa de Control de Malaria, como estrategia para potenciar los logros del programa en lo referido a reducción y estabilidad de tasas de morbilidad y mortalidad por malaria en la Región.

Para el diseño del plan IEC se tomó como referencia el modelo propuesto en la guía PECE con algunos ajustes vinculados principalmente a:

- **Aspectos vinculados al enfoque:** del énfasis en lo “vertical” de las “intervenciones” y la “difusión de información adecuada” a la comunicación entendida como relación, proceso que se va construyendo y la participación comunitaria.
- **Aspectos metodológicos:** de la ejecución reducida a la producción y validación de materiales al aprovechamiento e integración de los diversos medios y espacios utilizados regularmente en el sector a nivel intramural, y extramural fortalecidos con el apoyo de soportes y materiales
- **Aspectos vinculados a la aplicabilidad del modelo,** entre lo planificado y la realidad, los ajustes de tiempos, recursos humanos y económicos y procedimientos logísticos para la implementación del plan.

Para el diseño, implementación y evaluación se involucro en diferente medida al personal de la DRSL: (Dirección Regional de Salud Loreto), Coordinadores de Programas y Comisión IEC Regional, Profesionales responsables de las redes y micro-redes priorizadas, Técnicos Sanitarios de los Establecimientos de Salud (EESS) seleccionados, Promotores de Salud, autoridades y docentes de las comunidades identificadas. También se contó con el apoyo de asociaciones civiles y la empresa privada.

Siguiendo el esquema propuesto por la guía PECE se detalla brevemente cada uno de los puntos del modelo:

2.1 Diagnóstico

2.1.1 El problema de Salud

Para definirlo se realizaron reuniones técnicas con los involucrados a nivel de DISA y redes. Es decir los coordinadores de los programas de la DRSL, la Comisión IEC Regional, representantes del Convenio de Comunidad Europea y profesionales de las micro redes. Producto de estas reuniones y sobre la base de una matriz de priorización basada principalmente en criterios epidemiológicos, se decidió abordar el tema de malaria para la campaña IEC, al ser ésta la prioridad sanitaria de la Región.

En base al IPA (Índice Parasitario Anual) se identificaron las redes y micro-redes en las que existía mayor incidencia de morbilidad y mortalidad por malaria vivax y falciparum, y que estuvieran localizadas en el área del convenio de financiamiento

de Comunidad Europea. Durante esta etapa no se contó con la participación de representantes de las comunidades y otros actores. Las coordinaciones se dieron principalmente con el personal de salud.

Luego de la identificación de las redes y micro redes involucradas, se realizó una segunda reunión con los médicos jefes y responsables de malaria de los establecimientos ejes de micro-red donde se realizaría la intervención. Durante esta reunión cada establecimiento identificó la cantidad de población, características básicas de las comunidades y perfiles de la población afectada. Estos datos fueron complementados con los proporcionados por las oficinas de Estadística y Epidemiología de la DRSL. Elaborándose una ficha para el recojo de esta información:

Entre los datos solicitados sobre las comunidades se incluían:

- 1) Ubicación geográfica, distancia del EESS (a pie o en movilidad por río y/o tierra),
- 2) Número de familias,
- 3) Actividades económicas principales,
- 4) Instituciones y/o organizaciones existentes y
- 5) Principales vías, medios y espacios de comunicación.

En términos generales los grupos más afectados lo conformaban en primer lugar los adultos de 18 a 35 años de ambos sexos, seguido del grupo de niños y adolescentes de ambos sexos de 6 a 17 años. El grupo de mujeres gestantes constituía otro grupo de riesgo importante al ser la malaria la principal causa de mortalidad materna en la Región.

Hubo diferencias importantes en la oportunidad y la calidad de la información recolectada en esta etapa, aspecto que se mejoraría durante la intervención, encontrándose limitaciones a nivel de registro y síntesis de este tipo de información entre el personal de salud de las redes más alejadas.

Redes de salud- campaña IEC Malaria

Red / Micro-red	Distritos / Área
Red Loreto	Nauta, Corrientes, Tigre
Red Ramón Castilla	Ramón Castilla, Yavarí
Microrred Iquitos Sur	Carretera Iquitos – Nauta
Microrred Iquitos Norte	Punchana y Alto Nanay, Margen Río Nanay y Momón

El plan se desarrolló en 8 distritos, por ser los más afectados y encontrarse en el ámbito del Convenio, ubicados en 3 de las 6 provincias de la Región. Estos correspondían a 4 redes y micro-redes de salud, de los cuales se priorizaron, siempre en función al IPA, 40 establecimientos de salud conformados por:

- 12 centros de salud eje y/o cabeza de red/micro-red y
- 28 puestos de salud nivel I o II

Estos establecimientos abarcaban a un total de 276 comunidades y centros poblados, los que contaban con una población aproximada de 64,750 habitantes.

Redes, EESS y comunidades involucrados en la Campaña IEC Malaria 1999-2000

Red / Microred	EESS Eje de red	Otros EESS	Total EESS	Comunidad Caserío
Loreto	Nauta	3	4	30
	Villa Trompeteros	2	3	26
	Tigre	2	3	29
Iquitos Sur	San Juan	1	2	16
	Santo Tomás	4	5	22
	Paujil		1	12
	Santa Clara de Nanay	1	2	21
Iquitos Norte	Moronacocha	5	6	34
	Santa María de Nanay	3	4	26
Ramón Castilla	Cabalococha	3	4	24
	Santa Rosa	2	3	21
	Islandia	2	3	15
Total	12 EESS	28	40	276

2.1.2 Análisis situacional

Cada red/micro-red involucrada elaboró su matriz FODA e identificó recursos de comunicación local. A partir de esta información producida localmente y organizada a nivel central (DRSL) se identificaron las principales debilidades y fortalezas internas así como las oportunidades y amenazas externas.

Cuadro consolidado FODA

Ambiente interno	Fortalezas	Debilidades
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> 40 centros de salud y puestos de salud que cuentan con personal responsable y capacitado en identificación y tratamiento de malaria. Derivan muestras a 4 laboratorios referenciales supervisores. 	<ul style="list-style-type: none"> Las muestras demoran en llegar, los puestos no cuentan con microscopios. No hay un sistema adecuado de referencia y contrarreferencia. Comunidades alejadas de los EESS.
Recursos y desempeños	<ul style="list-style-type: none"> Los centros de salud cuentan con profesionales calificados: médico, enfermera, y laboratorista para el diagnóstico y tratamiento. Los puestos de salud cuentan con técnicos de salud calificados, con experiencia y conocimiento de la zona. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo multifuncional, Elevada rotación de personal, principalmente en los EESS de la periferia. Equipos de salud con escasas competencias en el desarrollo de acciones educativo-comunicacionales. Escasos recursos y metodología de trabajo para la realización de actividades IEC y participación comunitaria. No se cuenta con un set validado de materiales educativos en malaria acordes a las características culturales de la Región.

Ambiente interno	Fortalezas	Debilidades
Organización	<ul style="list-style-type: none"> Organización y coordinación con los centros ejes y cabezas de red y micro-red. Normas actualizadas y formatos estandarizados y validados. (libro de registro de febriles y libro de registro de seguimiento a pacientes) fichas: solicitud de gota gruesa y frotis, tarjeta de control de asistencia y administración del tratamiento, tarjeta de control de colaterales. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente monitoreo, principalmente en los EESS mas alejados. Actividades de IEC realizadas no se consignan en la productividad. Se reduce IEC a la cantidad de cartillas entregadas y a No. de charlas dadas en establecimiento (indicadores de proceso y no resultados) No se cuenta con formatos para medición de CAP población respecto a malaria.
Micro-ambiente	Oportunidades	Amenazas
Proveedores	<ul style="list-style-type: none"> Esquemas de tratamiento disponibles Recursos materiales suficientes 	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en la llegada de las muestras a su lugar de origen.
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> Programa Gratuito. Esquema de 1era línea ampliamente conocido por la población. Presencia de instituciones 	<ul style="list-style-type: none"> Población alejada (geográfica y culturalmente) de los EESS de salud.
Competencia	<ul style="list-style-type: none"> Buena coordinación con instituciones FFAA en la referencia de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> Automedicación, Tratamientos inadecuados accesibles los cuales esconden los síntomas, demoran el diagnóstico y crean resistencia a tratamiento de 1era línea.
Intermediarios	<ul style="list-style-type: none"> Convenio Tripartito OPS Brasil Perú Colombia. (Caballococha, Islandia y Santa Rosa). Cruz Roja en el ámbito del Alto Nanay. (movilidad, gasolina y tres microscopios) ONG ADAR realiza una intervención con promotores en la Carretera Iquitos – Nauta. Campamento PlusPetrol en Trompeteros. Buena coordinación con Org. Comunitarias y promotores. Presencia del "Club Mosquito" en Nauta. 	<ul style="list-style-type: none"> Escasez de recursos para vigilancia comunitaria. (movilidad, combustible)
Macro-ambiente	Oportunidades	Amenazas
	<ul style="list-style-type: none"> Iniciativa Mundial "Roll Back Malaria" Política favorable, financiamiento de intervenciones para la prevención y control de la malaria en IEC por Comunidad Europea - MINSA y Proyecto Vigía USAID – MINSA. 	<ul style="list-style-type: none"> Población dispersa, población migrante que favorece el desplazamiento del vector a otras zonas donde no se desarrolla la enfermedad.

En lo concerniente a las acciones educativas se planteó la necesidad de elaborar un plan de capacitación por competencias en comunicación educativa a nivel de redes y micro-redes y la elaboración y entrenamiento en el uso de un set de materiales educativos. Así como la dotación de microscopios y la validación de los formatos de registro de información respecto a casos de malaria en el corto plazo; y en el mediano y largo plazo, la búsqueda de nuevos mecanismos de diagnóstico rápido.

Para las zonas más alejadas la demora en el diagnóstico es crucial para la recuperación del enfermo de malaria. Para la minimización del efecto como reservorio humano y la disminución de la creciente resistencia al tratamiento de primera línea se planteó a mediano plazo el uso de pruebas de diagnóstico rápido como las pruebas inmunocromatográficas a ser utilizadas por técnicos y promotores de salud.

2.1.3 Caracterización de Públicos – Resultados Estudio CAP de base

Para el diseño de la campaña se revisaron los informes operacionales del PCM-OEM ejecutados por la Región de los últimos tres años, notándose que el énfasis de las intervenciones recaía en el control físico y químico, la vigilancia entomológica y el manejo adecuado de casos. Los aspectos educativos y de promoción de prácticas preventivas habían sido poco trabajados y escasamente documentados.

Adicionalmente se recopiló información fuera de la DRSL hallándose tres investigaciones (tesis) sobre los conocimientos, creencias y comportamientos de la población rural mestiza con relación a la malaria. El acceso a esta información secundaria fué clave, al tomar en consideración el procedimiento y los tiempos que implicaba la licitación de la realización del estudio CAP de base y la necesidad de implementar el plan en un lapso menor a 06 meses. Los documentos utilizados fueron:

1. Iquitos School Children Perceptions of Malaria – 1997 . Tesis K.C. Pike y J.Aramburú
2. Percepciones, Conocimientos y Comportamientos frente a la malaria: variables asociadas en población rural del río Urituyacu” 1998. Tesis Facultad de Enfermería – Universidad Nacional e la Amazonía Peruana -UNAP.
3. Conocimientos sobre las medidas de prevención, control e incidencia de malaria de la población rural del Bajo Nanay., 1998 Tesis Facultad de Enfermería – Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

El equipo de IEC de la DISA revisó los estudios y observó un predominio de conocimientos, actitudes y prácticas inadecuadas (desde el punto de vista biomédico) con relación a la malaria en las poblaciones estudiadas, principalmente en lo relacionado a:

- Etiología de la enfermedad,
- Cadena de transmisión,
- Duración del tratamiento,
- Grupos de alto riesgo y
- Desconocimiento de medidas preventivas familiares y comunales.
- Escasa creencia en la eficacia de las medidas de protección personal propuestas por el sector salud como son: el uso de repelentes, uso de ropa de manga larga, baño antes de las 5 de la tarde y uso correcto de mosquiteros impregnados.

Y conocimientos adecuados relacionados a:

- Identificación de signos y síntomas,
- Detección de la enfermedad (diagnóstico por gota gruesa)
- Estacionalidad de la enfermedad,
- Tipos de la enfermedad (“benigna” y “maligna”)
- Esquemas de tratamiento de primera línea para malaria Vivax (esquema cloroquina – primarquina).

Con relación a las actitudes se identificó lo siguiente:

- Fuerte temor a padecer de la enfermedad, principalmente en los escolares menores.
- Incertidumbre y falta de poder frente a la enfermedad, principalmente en personas mayores y/o pertenecientes a grupos religiosos evangélicos *“no se puede hacer nada para evitar la malaria”, “es por castigo de Dios”, “es por mala suerte”,* o de *“normalidad”* y consiguiente resignación *“aquí donde vivimos a toditos nos ha dado, nos tiene que dar, así es”*.

Tomando en consideración estos hallazgos y como se indicó con anterioridad se encomendó el diseño y ejecución de un estudio CAP a la Facultad de Enfermería de la UNAP en las cuatro redes donde se realizaría la campaña. El estudio se licitó y desarrolló en paralelo a la conformación de los equipos de promoción en las redes, el diseño del plan y la elaboración de los materiales educativos.

El estudio encomendado fue cuantitativo y cualitativo. Cuantitativo con la finalidad de determinar aspectos susceptibles de ser generalizados antes y después de campaña y cualitativo para profundizar en aquellas explicaciones (y soluciones) frente a la malaria. Se realizaron 725 encuestas a pobladores y 60 encuestas a personal de salud. 12 grupos focales con población adulta, escolar y promotores y 32 entrevistas en profundidad a autoridades comunales y profesores.

Público	Nro. encuestas	Nro. grupos focales	Nro. entrevistas
Hombres y mujeres jefes de familia	165	4	-
Escolares	388	4	-
Promotores de salud	45	4	-
Personal de salud	60	-	-
Autoridades	40	-	16
Profesores	87	-	16
Total	785	16	32

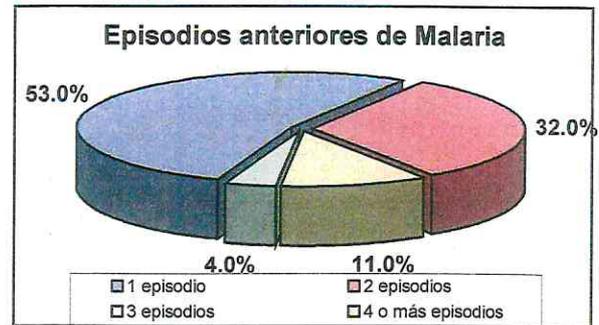
Resultados del estudio CAP de base

A. Conocimientos y creencias sobre la etiología de la malaria

Un 53% de los entrevistados presentó un episodio de malaria durante el último año y un 32%, dos episodios de malaria en el mismo lapso de tiempo.

Episodios anteriores de Malaria (último año)

1 episodio	53.0%
2 episodios	32.0%
3 episodios	11.0%
4 o más episodios	4.0%



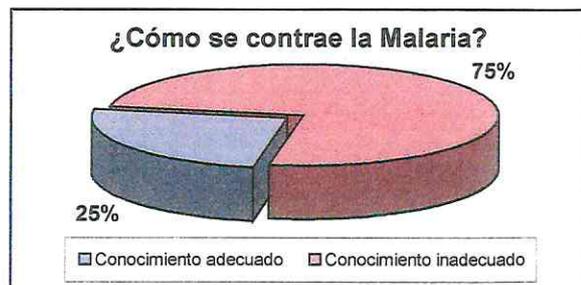
Para el 100% de los entrevistados la malaria ha existido desde siempre en la región. "es natural, siempre ha habido en la selva". Para un grupo importante (casi el 20%) padecerla fue "inevitable" y no identificaban ninguna práctica que los proteja de contraer la enfermedad.

Las diversas creencias sobre las causas de la enfermedad se basan en hechos concretos. Esta multicausalidad refuerza la idea de naturalidad e inevitabilidad de la malaria. Para la totalidad de entrevistados la enfermedad es sinónimo de "no poder trabajar y pasar hambre".

La cuarta parte de los entrevistados (25%) indica que la malaria se produce a consecuencia de la picadura de un zancudo infectado o "virote".

¿Cómo se contrae la Malaria?

Conocimiento adecuado	25.0%
Picadura de zancudo infectado	25.0%
Conocimiento inadecuado	75.0%
No sabe realmente	12.5%
Comer carne grasosa	15.0%
Tomar agua donde se posó el zancudo	15.0%
Estar débil	17.5%
Otros (frutas, masato, contagiados, etc.)	15.0%



Para el 75% restante la malaria se transmite por más de una causa. El conocimiento local incluye más de una causa que coexiste con la formal, entre ellas las más reconocidas en orden de aparición son: por comer carnes grasosas como el chanco y gallina (su "contra de la malaria"), por tomar agua estancada/cruda/sucia donde se posó el zancudo o donde el zancudo deposita sus huevos, por estar débiles o "poshecos", Por tomar mucho masato, por comer frutas sin lavar y finalmente por "castigo de Dios".

Con relación al ciclo de transmisión (zancudo enfermo que pica a un hombre sano, que luego deviene en hombre enfermo y que al ser picado por un zancudo sano lo convierte en zancudo enfermo, y así sucesivamente) menos de la mitad de promotores de salud entrevistados respondió adecuadamente.

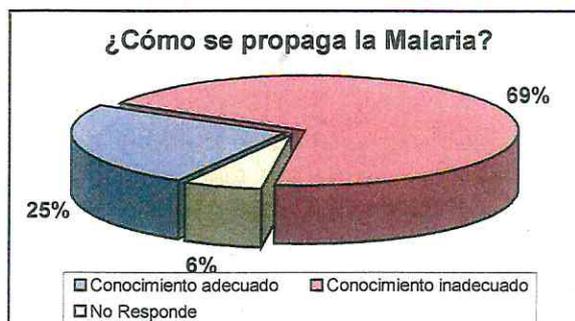
Para la población general este tema es aún más confuso. Del 25% que respondió que era el zancudo el que transmitía la malaria solo 12 personas indicaron que el zancudo sano que picaba al hombre enfermo se volvía un zancudo enfermo y continuaba propagando la enfermedad.

¿Cómo se propaga la Malaria en el caserío?

Conocimiento adecuado	25.0%
Picadura de zancudo infectado	23.0%
El zancudo sano pica al hombre enfermo, se infecta y contagia a otros hombres	2.0%

Conocimiento inadecuado	69.0%
Agua infectada, aire, gente débil, contagio rápido, castigo de Dios.	69.0%

No responde	6.0%
--------------------	-------------



B. Conocimientos sobre prácticas preventivas propuestas por el sector

Las prácticas preventivas propuestas: como uso de repelentes, uso de mallas metálicas en las casas, uso de ropa de mangas largas y tomar el baño diario antes de las 5 de la tarde son consideradas como muy difíciles de adoptar de forma continua para más del 80% de los entrevistados. Las dos primeras corresponden principalmente a obstáculos económicos y las dos segundas a aspectos culturales.

Para evitar la malaria usted?

	SI	NO	NR
Usa repelentes	8%	80%	12%
Tiene mallas metálicas en puertas	12%	75%	13%
Usa mangas/pantalón largo	18%	78%	4%
Se baña antes de la 5 pm.	25%	65%	10%
Usa mosquitero	82%	18%	0%

C. Práctica preventiva con mayor aceptación: uso del mosquitero para dormir

De las medidas propuestas por el sector, la más aceptada es el uso de mosquitero para dormir, un 80% de los encuestados manifestó utilizarlo. Sin embargo los motivos de uso de éste implican otras razones diferentes a la protección de la malaria en particular, los principales motivos de uso son: evitar la mordedura de animales como murciélagos, evitar el zumbido y ruido de todo tipo de insectos y proporcionar privacidad.

El uso del mismo, muchas veces era inadecuado lo que reduciría su eficacia en la prevención de malaria y otras enfermedades. Se usa un mosquitero para 2 o tres personas y muchas veces el mismo está deteriorado o se tiembla de una forma que dejaba desprotegidos algunos espacios del "emponado"/tarima. Los mosquiteros de uso más generalizado son los de fabricación artesanal en tocuyo color crema o café.

D. Otras prácticas para la prevención de la malaria

Existían una serie de medidas preventivas identificadas y utilizadas. Para las personas que identificaban la toma de agua contaminada, como causa de la enfermedad, el no tomar esta agua y/o tomar agua tratada: hervida y/o clorada era la principal forma de prevención de la enfermedad.

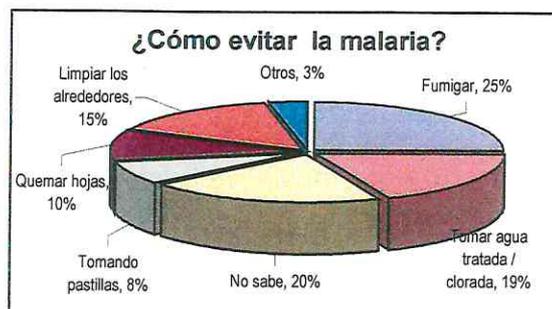
Las personas que identificaban la ingesta de alimentos grasos como el chanco y la gallina como causantes de la enfermedad eliminaban de su dieta estos alimentos y a la presencia de cualquier signo empezaban a "dieta" o comer alimentos desgrasados o "pango", "purgar" y tomar hierbas y bebidas "amargas", "patco" para contrarrestar.

Para el grupo que identificaba al zancudo como transmisor (25%), las tres cuartas partes reconocen a la fumigación como medida más eficiente seguida y/o complementada por la abatización (aplicación de larvicida en focos infecciosos).

Sin embargo ambas medidas implicaban recursos muchas veces no disponibles y que están en función a indicadores numéricos de presencia del vector. En tercer lugar mencionan el uso de mosquitero impregnado (con insecticida) para dormir. Otra medida mencionada para "alejar" al vector en su estado adulto era "quemar hojas de comején" medida que para algunos ahuyentaba a los zancudos.

¿Qué se puede hacer para evitar la malaria?

Fumigar	25.0%
Tomar agua tratada / clorada	18.5%
No sabe realmente	20.4%
Tomando pastillas	7.7%
Quemar hojas	10.0%
Limpiar los alrededores	15.0%
Otros	3.4%



E. Conocimientos sobre signos, síntomas y tipos de malaria

Un 80% de encuestados posee conocimientos adecuados sobre este aspecto. Identificándose a la fiebre, tembladera o "chiri-chiri", dolor de diferentes partes del cuerpo y decaimiento general.

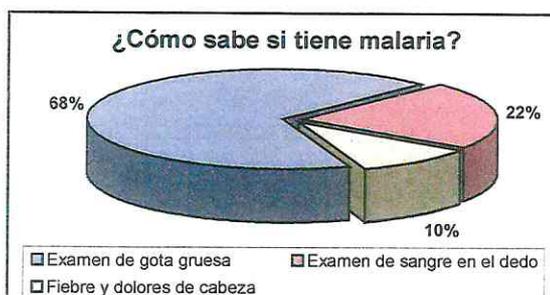
Así mismo se reconocen dos tipos de malaria: malaria benigna (*vivax*) y malaria maligna (*falciparum*).

F. Conocimientos sobre la prueba de diagnóstico de malaria

El 90% de la población identifica claramente el examen para determinar la existencia de malaria. Mencionando la aplicación del examen de gota gruesa. Ya sea aplicado por el personal de salud y/o el promotor/voluntario de malaria del caserío. La gravedad de la enfermedad es indicada por la cantidad de *cruces* presentes en la sangre.

¿Cómo sabe si tiene malaria?

Examen de gota gruesa	68.0%
Examen de sangre en el dedo	22.0%
Fiebre y dolores de cabeza	10.0%



G. Automedicación y tratamientos caseros

La tercera parte de los encuestados (principalmente adultos) indicó la utilización de antipiréticos como: halaren, paracetamol, fansidar y antalgina para disminuir la fiebre originada por la malaria.

Casi la mitad de entrevistados manifestó que se realizaban una serie de tratamientos caseros como el consumo de bebidas frescas (*malva, chapo, mingado*) y también de bebidas amargas "*patco*" a base de hierbas y cortezas diversas. El uso de vendas con rodajas de diversas frutas regionales alrededor de la frente para aliviar el dolor y la fiebre así como la costumbre de "*dietar*" o dejar de comer y tomar purgantes y/o laxantes naturales para "*purgar*" y "*sacar la enfermedad del cuerpo*".

H. Cuidados al paciente con malaria

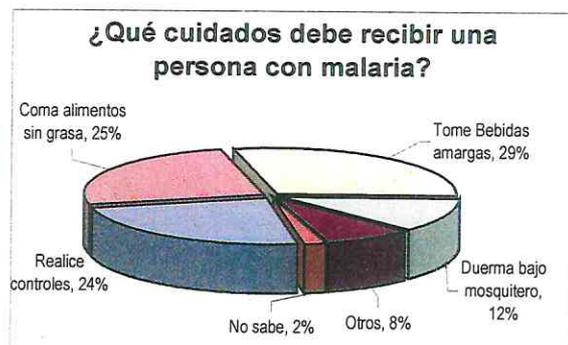
Una vez diagnosticado el paciente de malaria debe recibir un esquema de tratamiento según el tipo de malaria, su edad y su sexo (p.e. si es mujer y se encuentra en gestación). La duración y el esquema de tratamiento varían si se trata de malaria vivax, malaria falciparum y malaria mixta.

Debido al ciclo de transmisión de la enfermedad (de zancudo enfermo a hombre sano que deviene en enfermo y de hombre enfermo a zancudo sano que deviene en zancudo enfermo) son aspectos importantes en la prevención y control de la enfermedad: el *tiempo de detección de la enfermedad* (desde que se presentan los primeros síntomas hasta que se realiza el diagnóstico con la prueba de la gota gruesa) y los *cuidados dispensados al enfermo de malaria*.

El enfermo de malaria debe ser protegido para evitar ser picado por otros zancudos y así diseminar la enfermedad en su entorno cercano. Así mismo sus familiares (colaterales) deben someterse al examen de gota gruesa para descartar que posean la enfermedad. Sin embargo el conocimiento respecto a estos cuidados con el paciente y responsabilidades de los familiares eran casi inexistentes. Para la población entrevistada no existe relación entre estos hechos debidos principalmente al desconocimiento del ciclo de transmisión de la enfermedad.

¿Qué cuidados debe recibir una persona con malaria?

Tome pastillas y realice controles	24.0%
Tome pastillas y coma alimentos sin grasa	25.0%
Tome pastillas y bebidas amargas	29.0%
Tome pastillas y duerma bajo mosquitero	12.0%
Otros	8.0%
No sabe realmente	2.0%

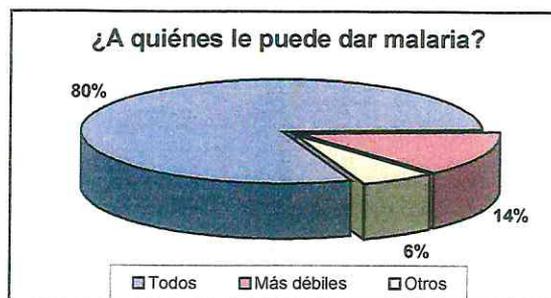


El paciente con malaria muchas veces retornaba a su labor económica a los pocos días de haber iniciado su tratamiento, debido principalmente a la mejoría inicial o desaparición de los síntomas y a la necesidad de seguir trabajando para subsistir.

Así mismo se da un porcentaje considerable de abandono del tratamiento debido principalmente a los efectos secundarios y reacciones adversas ante la ingesta de los medicamentos prescritos. Los efectos secundarios y las reacciones adversas más comunes como el dolor de cabeza, mareos y vómitos no eran conocidos por los entrevistados.

¿A quiénes le puede dar malaria?

Todos	79.6%
Más débiles	14.4%
Otros	6.0%



¿Para quiénes es más peligroso enfermar de malaria?

Llullitos (bebés)	36.0%
Niños pequeños	28.0%
Ancianos	20.4%
Embarazadas	10.0%
Otros	5.6%

I. Percepción sobre grupos de alto riesgo

Para la mayoría de los encuestados (80%) todos estamos en peligro de enfermar de malaria, pero la enfermedad es más severa con los "llullitos", bebés menores de un año, seguido de los niños pequeños y los ancianos. La razón fundamental de esta percepción está vinculada a la fortaleza/debilidad durante estas etapas de la vida. Solo un 10% incluyó a las embarazadas como grupo de riesgo. El grupo de mujeres embarazadas es considerado un grupo de alto riesgo debido a los peligros que conlleva el tratamiento para el bebé y la madre. Los mismos que pueden ocasionar la muerte.

J. Actividades de ordenamiento ambiental

Se indagó acerca de las acciones realizadas ante la formación de charcos o "cochas", de formación continua y con mayor frecuencia en época de lluvias o cuando el río crece. Al respecto se identificó que es una práctica extendida el desaguar las "cochas", o charcos formados por las lluvias, siempre y cuando estas se encuentren cerca de la vivienda. Sin embargo las que se forman en los alrededores de la comunidad no son desagüadas o rellenadas por los pobladores. Excepcionalmente algunas autoridades locales con apoyo del personal de salud y los pobladores eliminan estos criaderos de zancudos. Estos charcos se llegan a convertir en criaderos de zancudos y focos infecciosos de la comunidad.

¿Cuándo llueve y se forman "cochas cerca de su casa, usted...?

Rellena las "cochas"	9.8%
Desagüa las "cochas"	46.1%
Espera que el sol las seque	44.2%



¿Dónde usted vive está...?

Rodeado de maleza	4.1%
Cerca de charcos de agua o "cochas"	17.2%
Cerca de maleza y charcos de agua	52.0%
Alejado de charcos de agua o "cochas"	26.6%



La presencia de malezas y charcos o "cochas" cerca a la vivienda constituye un factor de riesgo evidente. El zancudo de la malaria se reproduce en el agua de los charcos y vive en las malezas ubicadas en la parte baja de las casas rurales. El tema de la presencia de malezas cercana a la vivienda es un factor de riesgo, por cuanto los zancudos estarían más cerca de los pobladores. La malaria a diferencia del dengue se da principalmente en zonas rurales, donde la vegetación, las malezas y los charcos constituyen las condiciones ideales para la reproducción del vector.

2.2 Estrategia

Sobre la base de los resultados preliminares del estudio CAP, los estudios realizados con anterioridad y la experiencia de campo de los profesionales de salud el equipo de la DRSL y los representantes de las redes priorizadas se diseñó la estrategia. El estudio final estuvo disponible cuando ya se había culminado el proceso de producción de los materiales educativos impresos.

Se aprovechó la presentación del estudio final de base para reajustar la estrategia y reorientar acciones de capacitación con personal de salud, promotores de salud y docentes.

2.2.1 Segmentación de audiencias

Se identificaron 06 públicos:

- 1 público interno (PI)
- 2 públicos primarios (PP)
- 3 públicos secundarios (PS)

Público Interno (PI): Personal de salud profesional y técnico de los 40 establecimientos involucrados en la campaña (126 personas)

Público Primario 1 (PP1)

Mujeres y hombres, jefes de familia entre 18 y 45 años residentes en las 270 comunidades y 12 centros poblados seleccionados. (aprox. 32,000)

Público Primario 2 (PP2)

Escolares mujeres y varones a partir de 3er grado de primaria de 186 centros educativos ubicados en las comunidades y centros poblados seleccionados (aprox. 16,600, según datos del Seguro Escolar)

Público Secundario (PS1)

300 Promotores de salud de las comunidades.

Público Secundario 2 (PS2)

200 Docentes y/o directores de los centros educativos

Público Secundario 3 (PS3)

Autoridades locales de las 276 comunidades seleccionadas.: Teniente gobernador, agente municipal, animadores religiosos y asociaciones de padres de familia (APAFAs)

Aliados estratégicos (AE)

Dirección Regional de Educación Loreto, ONG ADAR, Empresa Privada: Plus Petrol en Trompeteros y Radio Voz de la Selva. Algunos participaron en la difusión de los mensajes, concursos y las diversas actividades y otros con recursos concretos como premios, personal voluntario y combustible.

2.2.2 Priorización de Comportamientos

Para priorizar los comportamientos que promovería la campaña, primero se enumeraron las prácticas preventivas propuestas por el sector⁶. Con apoyo del personal de la DISA y a partir de la revisión de los principales materiales informativos utilizados:

- Guía de tratamiento de malaria (elaborada por el PSBPT – Programa de Salud Basita para Todos),
- Laminario del programa de malaria y
- Díptico informativo producido localmente por el Programa de Malaria

Se elaboró un listado de las principales prácticas preventivas propuestas por el Ministerio de Salud, organizándolas en tres grupos:

- Prácticas preventivas personales
- Prácticas preventivas familiares y
- Prácticas preventivas comunitarias

Entre las prácticas individuales tenemos:

- Cada persona debe dormir bajo un mosquitero, bien templado y sin huecos,
- Usar repelente,
- Usar ropa de manga larga en la chacra
- Usar ropa de manga larga cuando empieza a oscurecer,
- Bañarse temprano, antes de las 5:00 p.m.
- Evitar acciones riesgosas de ser picado por zancudos como pesca nocturna, caza nocturna y producir carbón.

Entre las prácticas familiares se encuentran:

- Proteger al enfermo bajo el mosquitero,
- Evitar que este expuesto a los zancudos,
- No automedicarse,
- El enfermo de malaria debe culminar su tratamiento y realizar sus controles,

- Los familiares del paciente con malaria deben realizarse la prueba de gota gruesa y los controles, Mantener los alrededores de la casa sin malezas,
- Eliminar criaderos que se forman debajo de los emponados de las casas,
- Colocar mallas metálicas en puertas y ventanas y Proteger a las embarazadas, ancianos y niños menores de 1 año de las picaduras de los zancudos.

Y entre las prácticas comunitarias se indican:

- Mantener la comunidad sin focos infecciosos (charcos, malezas),
- Utilizar larvicidas, para eliminar los huevos de zancudos en los criaderos;
- Fumigar la comunidad;
- Realizar constantemente actividades de ordenamiento ambiental: desmalezado/huactapeo, relleno de *cochas* (charcos) formadas por las lluvias y drenajes.

Luego de la revisión de las prácticas propuestas cada participante (de la DISA, redes y promotores) le asignó un puntaje (del 1 al 3)⁷ a cada una de ellas en función a la *importancia* (medida en que la práctica contribuye a reducir el riesgo de contraer malaria) y la *modificabilidad* (medida en que la práctica propuesta es susceptible de ser aceptada por la población).

Comportamientos priorizados para población adulta

Según las puntuaciones obtenidas se identificaron las seis prácticas más importantes:

1. Proteger al enfermo diagnosticado de malaria bajo el mosquitero, evitar que esté expuesto a los zancudos durante todo el día
2. El enfermo de malaria debe culminar su tratamiento y realizar sus controles.
3. Mantener los alrededores de la casa sin malezas, hierbas, *cochas*.
4. Proteger a las embarazadas, ancianos y niños menores de 1 año de los zancudos.
5. Mantener la comunidad libre de focos infecciosos, realizando constantemente actividades de ordenamiento ambiental: desmalezado/huactapeo, relleno de *cochas* formadas por las lluvias, drenaje de las *cochas* hacia el río.
6. Bañarse antes de que los zancudos salgan a picar (niños/as)

2.2.3 Determinación de objetivos

Los objetivos de comunicación fueron reajustados luego de la obtención de los resultados del estudio CAP de base.

A cada uno de los 6 públicos priorizados se le asignó tres tipos de objetivos:

- Objetivos educativos y/o de adquisición de conocimientos (OE)
- Objetivos de practica (OP)y
- Objetivos de cobertura o exposición (OC)

⁷ Donde 1 es poco importante/modificable, 2 es medianamente importante/modificable y 3 es muy importante/modificable. Tomado del Modelo precede-procede

Para el público primario 1 (hombres y mujeres jefes de familia)

PP1OE

Objetivo educativo

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 60% de las mujeres y hombres jefes de familia de las comunidades seleccionadas identifiquen al zancudo como transmisor de la malaria y conozcan tres prácticas preventivas: cuidar al enfermo de malaria bajo el mosquitero, participar en actividad comunal y el baño diario antes de que oscurezca. e identifiquen a las embarazadas como grupo de alto riesgo y que debe ser protegido.

PP1OP

Objetivo de práctica

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 40% de las mujeres y hombres jefes de familia de las comunidades seleccionadas participen en actividades de ordenamiento ambiental de su comunidad (*mingas*).

PP1OC

Objetivo de cobertura/exposición

Durante los cuatro meses de intervención el 60% las mujeres y hombres jefes de familia de las comunidades seleccionadas habrán participado por lo menos en una actividad de sensibilización (visita domiciliaria educativa, reunión educativa por promotor, presenciado dramatizado) y habrán estado expuestos a alguno de los siguientes medios: (cuñas radiales, perifoneo y/o paneles)

Para el público primario 2 (escolares mayores de 9 años)

PP2OE

Objetivo educativo

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 70% de escolares de los centros educativos seleccionados identifiquen al zancudo como transmisor de la malaria y conozcan dos prácticas preventivas: cuidar al enfermo de malaria y el baño diario antes de que oscurezca e identifiquen a las embarazadas como grupo de alto riesgo y que debe ser protegido.

PP2OP

Objetivo de práctica

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 50% de los escolares de los centros educativos seleccionados participen en el concurso escolar de periódicos murales u otras actividades sugeridas en la guía del docente.

PP2OC

Objetivo de cobertura /exposición

Durante los cuatro meses de intervención el 70% los escolares de los centros educativos seleccionados habrán estado expuestos por lo menos a alguno de los siguientes medios: cuñas radiales, perifoneo y /o paneles.

Objetivos para el Público Secundario 1: (promotores de salud)

PS1OE

Objetivo educativo

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 60% de los promotores involucrados evidencien conocimientos adecuados sobre la etiología, ciclo de transmisión de malaria y prácticas preventivas propuestas por la campaña

PS1OP

Objetivo de práctica

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 50% de los promotores involucrados desarrollen habilidades de comunicación interpersonal y grupal para la adecuada realización de reuniones educativas con población de sus comunidades e informen del avance de los planes comunales al EESS

PS1OC

Objetivo de cobertura/ exposición

Durante los cuatro meses de intervención el 60% de los promotores involucrados habrán participado por lo menos de dos sesiones educativas (capacitación, visita de seguimiento y asistencia) y recibirán los materiales educativos necesarios para el desarrollo de sus actividades en comunidad.

Objetivos para el Público Secundario 2: (profesores de centros educativos)

PS2OE

Objetivo educativo

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 80% de los profesores involucrados evidencien conocimientos adecuados sobre la etiología, ciclo de transmisión de malaria y prácticas preventivas propuestas por la campaña

PS2OP

Objetivo de práctica

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 60% de los profesores capaciten a sus alumnos en prevención de malaria según la guía del docente y motiven a sus alumnos a participar en el concurso de periódicos murales.

PS2OC

Objetivo de cobertura /exposición

Durante los cuatro meses de intervención el 60% los profesores habrán participado por lo menos en una sesión educativa (capacitación, reunión comunal) y contarán con los materiales educativos necesarios: guía del docente, afiche calendario para aula y stickers.

Para el público secundario 3: Autoridades locales

PS3OE

Objetivo educativo

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 80% de las autoridades locales involucradas evidencien conocimientos adecuados sobre la etiología, ciclo de transmisión de malaria y prácticas preventivas propuestas por la campaña.

PS3OP

Objetivo de práctica

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el 50% de las autoridades locales involucradas participen en la elaboración del plan comunal para la prevención y control de la malaria y lideran la ejecución actividades de ordenamiento ambiental en sus comunidades.

PS3OC

Objetivo de cobertura /exposición

Durante los cuatro meses de intervención las autoridades locales involucradas habrán participado por lo menos en una sesión educativa (capacitación, reunión) y recibido por lo menos una visita de seguimiento y asistencia en su comunidad. Así mismo habrán recibido el material educativo necesario: afiche plan de trabajo comunal y afiche calendario.

Objetivos para el público interno

PIOE

Objetivo educativo:

Luego de tres meses de intervención lograr que el 80% del personal de salud involucrado desarrolle habilidades de comunicación interpersonal y grupal para la adecuada realización de visitas domiciliarias educativas y la conducción de reuniones con autoridades para la elaboración de planes comunales para la prevención y control de la malaria.

PIOP

Objetivo de práctica

Luego de cuatro meses de intervención lograr que el personal de salud involucrado realice un 80% de las actividades educativas programadas con promotores (asistencia y seguimiento) y con población (visita domiciliaria educativa y reunión con autoridades comunales).

PIOC

Objetivo de cobertura / exposición

Durante los cuatro meses de intervención el personal de salud involucrado habrá participado por lo menos de dos sesiones educativas (capacitación, reunión técnica, visita de seguimiento y asistencia, concurso).

Con relación a los objetivos planteados para el público interno o personal de salud se elaboró un perfil de competencias según niveles. Para la DISA y cabezas de red, (utilización del modelo PECE para intervenciones de IEC y Monitoreo) Para el personal de los EESS involucrados (habilidades de comunicación interpersonal y grupal)

Durante las capacitaciones se aplicaron pruebas de entrada y salida para medir el estado inicial y final, después de la capacitación. Se contempló el diseño de listas de chequeo para la verificación de adquisición de las competencias, sin embargo estas no pudieron ser aplicadas a la totalidad de personal involucrado básicamente por limitaciones de tiempo, personal y recursos.

2.2.4 Mensajes

A partir de la identificación de los comportamientos priorizados y tomando en consideración los hallazgos del estudio CAP inicial – cualitativo (principalmente los grupos focales y las entrevistas) se elaboraron los mensajes principales y complementarios.

Los mensajes estuvieron relacionados con los 06 comportamientos priorizados. Los mensajes principales para medios masivos: paneles, impresos (stickers y afiche calendario) y radio fueron:

Aunque seas fuerte yo te puedo contagiar la malaria.... para que la malaria no te agarre cuídate del zancudo así:

- Báñate antes de que oscurezca, porque los zancudos ya vienen...
- Cuida al enfermo con malaria, porque si un zancudo lo pica puede contagiarte a ti.
- Si estás embarazada cuídate mucho mas porque la malaria es muy peligrosa para ti y tu llullito

Los mensajes complementarios promovidos en las actividades interpersonales y grupales, intra y extramurales como la visita domiciliaria educativa a cargo del personal de salud, las actividades en escuelas y las reuniones con autoridades comunitarias, fueron:

El zancudo infectado "virote" transmite la malaria
Para protegernos de la picadura del zancudo y evitar la malaria debemos:

- Usar mosquitero para dormir.
- Participar en las mingas de limpieza de la comunidad
- Proteger bajo el mosquitero al enfermo de malaria.

- La malaria no es causada por comer alimentos grasosos, ni por tomar agua estancada.
- Ser fuerte no es suficiente para no enfermarse de malaria. La malaria les da a todos los que no cumplan las medidas preventivas: niños y grandes, débiles (*poshecos*) y fuertes.
- Los zancudos "*virote*" salen a picar cuando oscurece, por eso para protegerte debes bañarte antes de que oscurezca y dormir bajo el mosquitero.
- Para proteger a la familia y la comunidad es necesario mantener bajo el mosquitero al enfermo de malaria hasta que haya culminado su tratamiento. *Así rompemos la cadena de transmisión.*
- Las embarazadas deben protegerse del zancudo bañándose temprano, usando ropa de manga larga al oscurecer y durmiendo bajo el mosquitero. La malaria es muy peligrosa para ellas y sus *llullitos*.
- Para estar protegidos debemos eliminar los criaderos de zancudos de la comunidad: Organizando y participando en *mingas* comunales para el relleno de *cochas* y/o el *huactapeo* o *desmalezado* Y participar en el cumplimiento del plan comunal

En todas las actividades interpersonales y grupales se explicó con detalle el ciclo de transmisión de la malaria, partiendo de las creencias locales y sus sustentos.

Slogan : "TODOS CONTRA LA MALARIA "

2.2.5 Selección y combinación de medios

En función a los hallazgos del CAP, los objetivos de comunicación propuestos, las particularidades de cada medio y los recursos disponibles se seleccionaron los siguientes medios por público objetivo:

Público / objetivo	Medios Masivos	Medio Comunitario	Medio interpersonal/ grupal	Medios de apoyo
--------------------	----------------	-------------------	--------------------------------	-----------------

PRIMARIO				
Mujeres y hombres jefes de familia				
Identifican al zancudo como transmisor de la malaria y conocen tres practicas preventivas: cuidar al enfermo de malaria, participar en actividad comunal de ordenamiento y el baño antes de que oscurezca. Identifican a embarazadas como grupo de alto riesgo y que debe ser protegido.	Paneles con practicas preventivas en puertos, riberas de los ríos y carreteras Difusión de cuatro cuñas radiales en radio Voz de la Selva, Radio Arpegio y Radio Diez.	Perifoneo móvil (en lancha, mototaxi y ambulancia de las cuñas radiales) Perifoneo en altoparlantes comunales	Presentación de los dramatizados por el personal de salud en centros poblados y comunidades priorizadas. (en ferias de salud y brigada itinerante de atención integral) Reuniones educativas a cargo del promotor de la comunidad Visita domiciliaria educativa en viviendas priorizadas a cargo de personal de salud	Cuñas radiales cuatro motivos, microprograma (1 tema dos versiones) Rotafolio del PCM Afiches calendario tamaño mediano.
PRIMARIO				
Escolares				
Identifica al zancudo como transmisor de la malaria y conoce dos practicas preventivas: cuidar al enfermo de malaria y el baño diario antes de que oscurezca. Identifica a las embarazadas como grupo de alto riesgo y que debe ser protegido.	Paneles con practicas preventivas en puertos, riberas de los ríos y carreteras Difusión de cuatro cuñas radiales en radio Voz de la Selva, Radio Arpegio y Radio Diez	Concurso de periódicos murales con centros educativos	Presentación de los dramatizados por el personal de salud en centros poblados y comunidades priorizadas Actividades educativas sugeridas en la guía y realizadas en el aula por docentes	Afiches calendario con practicas preventivas tamaño grande Para colegios Stickers en 4 modelos con practicas preventivas.

SECUNDARIO				
Promotores de salud				
Conocen etiología, ciclo de transmisión de malaria y practicas preventivas propuestas por la campaña y desarrollan habilidades de comunicación interpersonal.			Taller en red/micro-red, a cargo de personal de salud. Seguimiento y asistencia en el puesto de salud.	Rotafolio del PCM. Guía del docente. Resumen de la campaña. Cuaderno del promotor. Polo y gorrita.

**Plan IEC para la Prevención de la Malaria en ámbitos priorizados de la Región Loreto
Julio a Diciembre de 1999.**

Realizan reuniones educativas con pobladores de su comunidad y realizan seguimiento al plan comunal de su comunidad e informe al centro de salud			Reunión con autoridades de la comunidad a cargo del personal de salud del EESS.	Afiche plan de trabajo comunal Acuerdo en afiche plan de trabajo comunal Mosquitero estampado con prácticas preventivas de la campaña
SECUNDARIO				
Profesores				
Conocen etiología, ciclo de transmisión de malaria y practicas preventivas propuestas por la campaña.			Taller a cargo del personal de salud.	Guía del docente que incluye actividades a desarrollar en clase: cuento para dramatizar, tarea, juego de tarjetas.
Capacitan a sus alumnos en aspectos preventivos con la guía del docente elaborada por la DRSL y motivan a sus alumnos a participar en el concurso de periódicos murales		Concurso de periódicos murales con centros educativos a nivel de EESS, ganadores por microrred y red		Colegios participantes recibieron : polos, gorritas de la campaña, uniformes, pelotas y malla de voley/futbol y otros premios donados por instituciones. (ADAR y Pluspetrol)

SECUNDARIO

Autoridades comunales

Conocen etiología, ciclo de transmisión de malaria y practicas preventivas propuestas por la campaña.			Reunión a cargo de personal de salud para elaboración de plan comunal para la prevención de la malaria.	Afiche calendario con practicas preventivas.
Participan en la elaboración y ejecución de actividades del plan comunal para la prevención de la malaria y Organizan actividades de ordenamiento ambiental en su comunidad.				Afiche plan de trabajo comunal Acta de compromiso Mosquitero estampado con practicas preventivas Polo y gorrita de la campaña

INTERNO

Personal de salud

Conozcan modelo PECE para elaboración de plan IEC			Taller en DISA	Resumen del plan IEC elaborado
Realicen dramatizados sobre prácticas preventivas en comunidades priorizadas.		Concurso de dramatización sobre practicas preventivas (a nivel de red)	Presentaciones en comunidades	Los EESS participantes recibieron: Equipo de altoparlante o bocina con grabadora y batería,

				megáfonos set de botas, capa, linterna y mosquitero con estampado con practicas preventivas.
Desarrollen habilidades de comunicación interpersonal y grupal			Taller en micro-red/ red	Guía de VISITA DOMICILIARIA EDUCATIVA en malaria.
Realicen VDE según programación				Guía de VISITA DOMICILIARIA EDUCATIVA en malaria.
Realicen reunión con autoridades locales para elaboración de plan comunal para la prevención de la malaria.				Afiche plan de trabajo comunal Acta de compromiso
Conozcan resultados del CAP inicial.			Reunión de presentación de resultados y asistencia técnica	Resumen del CAP Inicial
Realicen monitoreo de la campaña			Taller en red/micro-red	Instrumentos de monitoreo

2.2.6 Actividades

- Reuniones técnicas con coordinadores de programas (sede DISA)
- Taller de Planeamiento Estratégico en IEC con coordinadores de programas, comisión IEC y representantes de microrredes involucradas y personal de brigadas itinerantes – (sede DISA)
- Taller de Comunicación educativa, habilidades de comunicación y operativización de la campaña IEC con micro redes involucradas. (1 por micro-red: 4 talleres)
- Taller sobre prevención de malaria y habilidades de comunicación interpersonal con promotores de salud a cargo de personal de las micro redes. (1 o 2 por micro-red)
- Reuniones comunales con líderes a cargo de personal de salud para elaboración del plan comunal para la prevención y control de la malaria.
- Visitas domiciliarias educativas al 60% del total de familias público de la campaña IEC. A cargo del personal de salud.
- Concurso Inter-centros (por micro-redes involucradas) de guión y representación teatral sobre malaria (31 de agosto: Día Mundial de lucha contra la Malaria)
- Equipamiento de EESS involucrados mediante la modalidad de concurso: Equipo de altoparlante o bocina con grabadora y batería. para los centros de salud y megáfonos para los puestos de salud
- Concurso de periódicos murales para la prevención de la malaria con centros educativos involucrados. Premiación a nivel de ejes y cabezas de micro-red.
- Producción y validación del set de materiales educativos: cuñas radiales (4 motivos), microprograma (1 tema / 2 versiones) afiche calendario (2 tamaños) "stickers" (etiquetas) con prácticas preventivas (4 modelos), afiche plan de trabajo comunal y guía para el docente.

- Difusión en 3 radioemisoras locales: Voz de la Selva, Diez, Arpegio y mediante perifoneo móvil y en altoparlantes. Colocación de 30 paneles en puertos, riberas y carreteras. Confección de 500 mosquiteros estampados con prácticas preventivas, gorritos y polos de la campaña, distribuidos por el personal de salud, profesores y promotores de salud involucrados.
- Realización de estudio CAP inicial y final.
- Elaboración de instrumentos: guía de visita domiciliaria educativa con énfasis en malaria, reunión para elaboración de plan comunal para la prevención y control de la malaria (mediante la técnica del análisis de problemas), actas de compromiso, e instrumentos de seguimiento a actividades de IEC en malaria, ficha de seguimiento a actividades IEC desarrolladas por promotores, avance del plan comunal y encuesta a la población. Ver anexo: Cronograma de actividades.

2.3 Ejecución

2.3.1 Organización y funciones

A nivel interno se establecieron tres niveles de actuación. El equipo responsable de la DISA, los responsables a nivel de cabezas de red y los responsables a nivel de cada uno de los 40 establecimientos involucrados. Cada nivel desarrolló diferentes tareas.

El Personal de Salud de la DISA se encargó de:

1. Realizar visitas de supervisión y asistencia técnica a cada una de las 04 microrredes.
2. Programación y ejecución de las capacitaciones y reuniones técnicas con el personal de salud en los temas relacionados a la implementación y monitoreo, uso de materiales, utilización de formatos.
3. Producción y validación de los materiales educativos
4. Distribución de materiales educativos e instrumentos
5. Provisión de la totalidad de requerimientos logísticos y presupuestales a las microrredes.
6. Contratación de la difusión de los spots de audio en emisoras regionales.
7. Seguimiento a la realización del estudio CAP inicial y final y difusión de los resultados.
8. Elaborar informes de avance para la Unidad de Enlace Comunidad Europea-MINSA.

Personal de Salud de Cabeza de red/micro-red.

1. Capacitación a promotores de salud de la jurisdicción en los temas vinculados a las prácticas preventivas y de control de malaria, comunicación interpersonal y grupal y la ficha de avance del plan. Para este fin se elaboró una matriz de capacitación, contemplando dinámicas participativas, materiales, pruebas de entrada y salida, y una lista de chequeo para verificar la adquisición de conocimientos y habilidades.
2. Realizar visitas de asistencia técnica bimensual a la totalidad de establecimientos asignados y de supervisión a algunas comunidades. Para la supervisión a comunidades se utilizó la: *Ficha de monitoreo a comunidades- Plan IEC para la prevención de la malaria*
3. Participar en calidad de evaluador y jurado de los Concursos del personal de salud (dramatizados) en ferias de salud y concursos escolares.

4. Adicionalmente administrarán los fondos para la construcción y ubicación de los paneles y la contratación y difusión de los spots y microprogramas en emisoras y parlantes locales.

El Personal de salud de los 40 Establecimientos priorizados realizó las siguientes actividades:

1. Programación y realización de reuniones de trabajo con autoridades comunitarias. En estas reuniones se dialogaría con las autoridades el tema de la malaria y lo que cada uno se comprometía a hacer desde su espacio para prevenirla y controlarla. En estas reuniones se acordaron planes de trabajo comunal utilizando como instrumento recordatorio y de seguimiento el "afiche plan de trabajo comunal". Entre las actividades se contemplaron actividades de ordenamiento ambiental en la comunidad. Periódicamente se realizaría un seguimiento al cumplimiento de las actividades comunales previstas en cada plan, fueron los promotores de las comunidades los que informarían del avance de estos planes en las reuniones rutinarias en el EESS de la jurisdicción.
2. Programación de visitas domiciliarias educativas al 60% de familias de las comunidades de la jurisdicción. Estas visitas se realizarían durante los 04 meses de duración de la campaña: Utilizando para este fin a "Guía de visita domiciliaria educativa para la prevención de la Malaria". Adicionalmente se entregaría a cada familia visitada el afiche calendario con prácticas preventivas.
3. Visitas y/o capacitación en EESS a docentes de la Jurisdicción en los temas de prevención de malaria y contenidos de la guía del docente.
4. Participación en concurso de dramatizado sobre prevención de malaria en ferias de salud, campaña y/o EESS

Estas actividades principales se consignaron en el formato "Ficha de acciones realizadas- Plan IEC para la prevención de la malaria" Este formato seria enviado en forma mensual a los Establecimientos eje de red.

Inicialmente se propuso el envío mensual de la ficha consolidada de las actividades realizadas, sin embargo solo los establecimientos mas accesibles cumplieron con este encargo. La mayoría de los establecimientos reportaron las acciones a los dos meses.

Los Promotores de salud

1. Realización de reuniones educativas con pobladores de su comunidad
2. Apoyo en la organización de las reuniones con autoridades comunales
3. Seguimiento e información del avance de los planes comunales al EESS

Autoridades Comunales

1. Responsables de implementar las acciones planteadas en el Plan de Trabajo comunal.
2. Convocaron a sus vecinos para la realización de Mingas de relleno de cochas formadas por las lluvias, desmalezado bajo las viviendas, limpieza del pueblo, y eliminación de criaderos de zancudos entre otras.

Los Docentes

1. Desarrollaron en el aula acciones educativas respecto a la identificación del vector, ciclo de transmisión y practicas protectoras, utilizando como material de apoyo la guía del docente.

2. Promovieron la participación de los alumnos en diversos concursos (periódicos murales, composición, dramatizado) celebrados por el día 31 de agosto, celebración del día mundial de la lucha contra la malaria.

2.3.2 Producción y validación de materiales

Se utilizó el slogan de la campaña de 1997. El set de materiales educativos estuvo conformado por:

- Cuñas 4 motivos de 45 segundos de duración
- 1 microprograma radial de 2 minutos
- 4 stickers con prácticas preventivas para ser distribuidos a los escolares.
- 1 afiche calendario con practicas preventivas en dos formatos (para entrega en visita domiciliaria educativa (A3) y para colocación en EESS, escuelas, locales comunales y otros de concentración de personas
- 1 afiche plan de trabajo comunal
- 1 guía de actividades para el docente

Ver anexos: materiales producidos

También se produjeron paneles, polos, gorritas y mosquiteros todos con el slogan y las prácticas preventivas propuestas.

Validación de materiales

El set de materiales fue validado en las comunidades de Padrecocha (ribereña), Varillal (carretera Iquitos-Nauta) y Nauta (capital de la provincia de Loreto)

Para la validación se realizaron grupos focales y entrevistas con los diferentes públicos.

- Los materiales para comunidad: afiche calendario con prácticas preventivas, afiche comunal y microprograma radial fueron validados con adultos a traves de la técnica de grupo focal.
- El material dirigido a los docentes fue validado utilizando la técnica de la entrevista y entregando la versión preliminar un día antes a un grupo de docentes.
- Los stickers y los spots de audio fueron validados adicionalmente con escolares de nueve años en adelante.

Para la validación de los materiales se tomaron en consideración los 05 criterios de eficacia. Atracción, comprensión, aceptación, identificación e inducción a la acción. (ver anexos. Afiche versión sin validación)

Entre las recomendaciones que fueron incorporadas se encontraron:

En el afiche calendario y stickers:

- Bájate antes de las 5 de la tarde, era un mensaje que no tenia mayor sentido en las comunidades ribereñas donde casi ningún poblador utiliza reloj. Esta frase se sustituyó por antes de que oscurezca.

- La posición inicial del sol en el dibujo de esta práctica indicaba el fin del atardecer, se sugirió colocar el sol en medio, significando el medio día.
- El dibujo del mosquitero y de la cama no eran los apropiados, sobre la base de las sugerencias se dibujo una tarima más acorde con la realidad de las comunidades y la colocación de un mosquitero adecuadamente templado.
- La utilización del matamoscas por la embarazada para evitar ser picada por los zancudos era muy urbana. Se sustituyó por un "trapo" que es lo que usualmente utiliza la población para ahuyentar a los zancudos.
- La forma y posición del zancudo no era la adecuada, parecía otro tipo de insecto, los niños sugirieron que se dibujara un zancudo con "el pico bien largo justo, el cuerpo y las patas más delgadas y en posición de picar.

El afiche plan de trabajo comunal, inicialmente planteado sin actividades concretas, fue modificado y se indicaron las actividades que debían realizarse en cada comunidad. Dejando solo un espacio para otras actividades adicionales.

La guía dirigida a los docentes fue el material que tuvo la mayor cantidad de cambios. Las docentes de Varillal elaboraron los cuentos para dramatización y el cuento y las preguntas para desarrollar en la casa con los padres. Así mismo sugirieron el uso del juego de tarjetas para recortar y facilitar las acciones en el aula. Y contribuyeron con las indicaciones respecto a las creencias más extendidas respecto a la transmisión y tratamiento.

Las razones de estas creencias extendidas respecto a la transmisión fueron profundizadas en una investigación de base posterior a la implementación de este plan y sirvieron para trabajar los contenidos del laminario educativo de Promotores de Salud de Loreto, utilizado en el "Plan para el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica de la malaria a través de la utilización de pruebas de diagnóstico rápido" Intervención desarrollada por Proyecto Vigía entre los años 2001 y 2003.

Del mismo modo en esta intervención se continuó con el instrumento afiche "plan de trabajo comunal" pero sin predeterminedar las actividades.

Con relación al tratamiento se identificó que para el caso de malaria, la población ya identificaba los signos y síntomas, donde existían necesidades de información era en el tema de las indicaciones para el tratamiento: alimentación, efectos secundarios de la medicación, recordatorio de controles y dosis, elaborándose para este fin el díptico "*sigue estas indicaciones y podrás curarte de la malaria*" también enmarcado en el Plan ejecutado por Proyecto Vigía durante los años 2001 y 2003.

2.4 Evaluación

2.4.1 Monitoreo e indicadores de proceso

El Monitoreo se realizó en tres niveles:

Nivel 1 EE.SS.: Cada establecimiento de salud involucrado tenía asignado un número de comunidades, centros educativos y promotores de salud.

Así mismo tenía una cantidad programada de visitas domiciliarias, reuniones con autoridades comunitarias para la elaboración de planes para la prevención de la malaria a nivel comunitario y visitas y/o reuniones con los docentes de los centros educativos de la jurisdicción.

En promedio cada establecimiento tuvo asignado de 5 a 10 comunidades, de 2 a 5 centros educativos y de 5 a 10 promotores de salud.

El personal de los EESS consignó las acciones realizadas en el formato: "Ficha acciones realizadas: Plan IEC para la prevención de la Malaria". Este formato fue enviado al EESS cabeza de red cada 30 a 45 días.

Nivel 2 Cabeza de Red / Microred: Los 4 EESS cabeza de red se encargaron de consolidar la información enviada por los EESS de su jurisdicción. Y enviaron los reportes consolidados de actividades la DISA con una frecuencia bimensual.

Asimismo el personal de este nivel, realizó visitas de supervisión y asistencia técnica a los EESS de su jurisdicción. (entre 2 a 4 visitas durante el periodo de ejecución del plan) y según una programación realizó visitas de supervisión a comunidades seleccionadas. Aplicando la "ficha de monitoreo a comunidades. - Plan IEC para la prevención de la malaria"

Nivel DISA: En este nivel se elaboraron reportes sobre la base de los informes consolidados enviados por las cabezas de red.

Asimismo el personal asignado realizó visitas de supervisión y asistencia técnica a los EESS cabezas de red y de la jurisdicción, y realizó visitas de supervisión a comunidades utilizando el mismo formato.

Red / Microred	EESS Eje de red	Total EESS	Nro Caseríos	Centros educativos	Nro. promotor
Loreto	Nauta	4	30	18	34
	Villa	3	26	13	24
	Trompeteros	3	29	22	31
	Tigre				
Iquitos Sur	San Juan	2	16	19	24
	Santo Tomás	5	22	19	20
	Paujil	1	12	10	10
	Santa Clara de Nanay	2	21	18	22
Iquitos Norte	Moronacocha	6	34	23	40
	Santa María de Nanay	4	26	13	23
Ramón Castilla	Cabalococha	4	24	13	20
	Santa Rosa	3	21	10	20
	Islandia	3	15	08	16
Total	12 EESS	40	276	186	284

Indicadores de proceso

Indicador de proceso	Descripción
% de materiales distribuidos	$\frac{\text{Nro de materiales distribuidos}}{\text{Nro de materiales producidos}} \times 100$
% de personal de salud que participó en capacitaciones (no incluye replicas)	$\frac{\text{Nro. de participantes}}{\text{Nro. de participantes programados}} \times 100$
% de promotores que participó en capacitaciones	$\frac{\text{Nro. de participantes}}{\text{Nro. de participantes programados}} \times 100$
% de reuniones comunales realizadas	$\frac{\text{Nro. de reuniones comunales}}{\text{Total de comunidades}} \times 100$
% de promotores que cuentan con materiales educativos	$\frac{\text{Nro. de promotores que cuentan con materiales}}{\text{Nro de promotores programados}} \times 100$
% de docentes que cuentan con materiales educativos	$\frac{\text{Nro. de docentes que cuentan con materiales}}{\text{Nro de promotores programados}} \times 100$
% de docentes que participaron en reuniones comunales	$\frac{\text{Nro. de docentes}}{\text{Nro. de docentes programados}} \times 100$
% de autoridades que participaron en reuniones comunales	$\frac{\text{Nro. de autoridades}}{\text{Nro. de autoridades programadas}} \times 100$
% de comunidades que cuentan con plan comunal	$\frac{\text{Nro de planes comunales}}{\text{Total de comunidades}} \times 100$
% de visitas domiciliarias educativas realizadas	$\frac{\text{Nro. de visitas realizadas}}{\text{Nro. de visitas programadas}} \times 100$
% de centros educativos que participaron en concursos	$\frac{\text{Nro. de CE participantes}}{\text{Total de CE convocados}} \times 100$

2.4.2 Evaluación de resultados

Para la realización de la evaluación de resultados se contrató al equipo de la Facultad de Enfermería de la UNAP que realizó el estudio CAP inicial. Este estudio final estuvo disponible a finales del mes de febrero del año 2000.

Con relación a los objetivos de comunicación planteados, en lo vinculado a conocimientos, se evidenció un incremento de aquellos conocimientos considerados como adecuados y propuestos por el plan IEC

Para los públicos primarios 1 y 2, se logró un incremento del 23% en los conocimientos sobre el agente transmisor de la enfermedad. Y un decrecimiento de las creencias respecto al tema. Para lograr este resultado fue necesario identificar la lógica de la población y la relación de estas "creencias" con su forma de entender la enfermedad.

¿Cómo se contrae la Malaria?

Conocimiento adecuado	58.0%
Picadura de zancudo infectado	58.0%
Conocimiento inadecuado	42.0%
No sabe realmente	7.0%
Comer carne grasosa	12.0%
Tomar agua donde se posó el zancudo	5.0%
Estar débil	8.0%
Otros (frutas, masato, contagiados, etc.)	10.0%



La presencia de múltiples tipos de insectos y zancudos en las zonas rurales y la constante picadura de estos a la población fomentan la incertidumbre respecto a la

indicación/prescripción de *"la picadura del zancudo ocasiona la malaria"* comúnmente indicada por el personal de salud. En las comunidades rurales de selva las personas son picadas constantemente por zancudos muchas veces no infectados y no desarrollan la enfermedad.

Sin embargo las "creencias" o razones indicadas por la población tienen un sustento lógico y sentido. La creencia: *"la malaria se contrae al comer carne de gallina o chancho"*, esta sustentada en que el parásito de la malaria, una vez que ingresa al organismo inflama principalmente el hígado y como consecuencia el hígado se demora en digerir las comidas grasosas, condimentadas o picantes produciendo malestares en el paciente y desencadenando los síntomas visibles. La ingesta de carnes grasosas y la seguida aparición de estos malestares refuerza esta creencia.

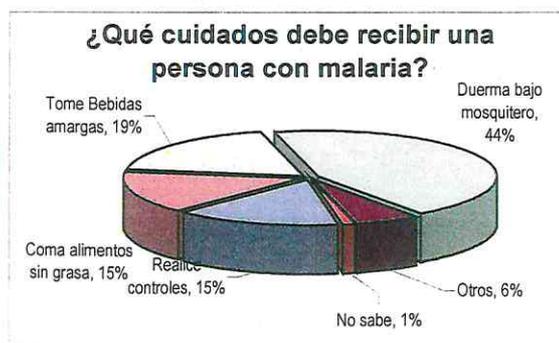
Otra creencia relacionada con la malaria es que esta es causada por tomar masato. La explicación en este caso es que las personas al tomarlo se quedan dormidas fuera de sus casas y son picadas durante toda la noche por muchos zancudos y por tanto hay mayores posibilidades de contraer la enfermedad.

La identificación de estas creencias fue un aspecto importante para la realización de las acciones educativas interpersonales. Lejos de subestimar las creencias locales, se tomaron en consideración para identificar los sustentos de las mismas y dialogar con la población. Los mensajes masivos difundidos fueron básicamente prescriptivos y muy reiterados. Estos mensajes fueron complementados con las acciones educativas de visita domiciliaria, actividades escolares, talleres de capacitación, reuniones comunitarias y dramatizados.

En lo referido al reconocimiento de las tres practicas propuestas por el plan, aquella con mayor recordación fue el cuidado de enfermo bajo el mosquitero. Nuevamente al promover la comprensión del ciclo de transmisión: vector infectado – hombre sano – hombre enfermo – zancudo sano –zancudo enfermo..... fue clave para la adquisición de conocimiento y su puesta en práctica. Al tratar adecuadamente a los casos diagnosticados de malaria, se rompía la cadena de transmisión en la familia y en la comunidad.

¿Qué cuidados debe recibir una persona con malaria?

Tome pastillas y realice controles	15.0%
Tome pastillas y coma alimentos sin grasa	15.0%
Tome pastillas y bebidas amargas	19.0%
Tome pastillas y duerma bajo mosquitero	44.0%
Otros	6.0%
No sabe realmente	1.0%



La práctica preventiva menos aceptada, de las propuestas por el plan, fue la del baño al oscurecer. Solo en los niños que están adquiriendo hábitos fue posible una intención de acción al respecto. Los adultos ya cuentan con rutinas de comportamiento que difícilmente cambiarán solo por tener los conocimientos y el sustento, racional y/o emotivo. El tema del entorno posibilitador / obstaculizador se hace evidente, al no contar ellos con servicios básicos mínimos.

Para evitar la malaria usted?

	SI	NO	NR
Usa repelentes	10%	82%	8%
Tiene mallas metálicas en puertas	12%	75%	13%
Usa mangas/pantalón largo	26%	70%	4%
Se baña antes de la 5 pm.	27%	65%	8%
Usa mosquitero	88%	12%	0%

En lo relacionado al tema del ordenamiento ambiental, este es un aspecto clave a trabajar con la comunidad. El diseño de los planes comunales, a cargo de los mismos pobladores fue un paso importante, al margen de que la totalidad de los planes no se cumplieran en mas de un 50%, principalmente en las zonas mas alejadas donde las acciones de seguimiento fueron muy limitadas.

¿Dónde usted vive está...?

Rodeado de maleza	2.6%
Cerca de charcos de agua o "cochas"	17.0%
Cerca de maleza y charcos de agua	36.6%
Alejado de charcos de agua o "cochas"	43.9%



¿Cuándo llueve y se forman "cochas cerca de su casa, usted...?

Rellena las "cochas" solo	15.4%
Participa en "mingas" de relleno	23.6%
Desagüa las "cochas"	35.9%
Espera que el sol las seque	25.1%



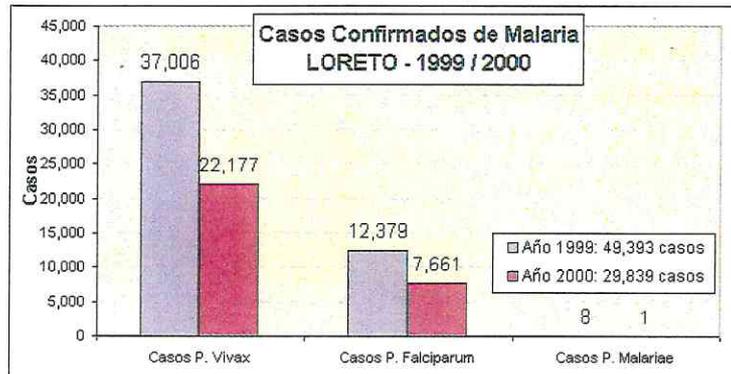
Con relación a los objetivos de cobertura o exposición, estos fueron cumplidos en casi un 80%. Evidenciándose mayores complicaciones en su cumplimiento y verificación en las zonas mas alejadas.

Para la verificación del cumplimiento de este objetivo se utilizaron los informes consolidados por las cabezas de red los cuales no llegaron en la mayoría de los casos en los tiempos programados. Planificar es un ejercicio importante y necesario pero la realidad supera cualquier previsión, más aún en zonas rurales donde el desplazamiento está asociado no únicamente a contar con la voluntad, las competencias y los recursos. Muchas veces no fue posible la comunicación debido a la escasez de lluvias, y no era posible desplazarse. Estas limitaciones obligan a aprovechar el mínimo recurso al máximo y ser más creativos.

Finalmente si bien es cierto que los resultados de una intervención de comunicación redundan en objetivos de conocimientos y actitudes y el desarrollo de habilidades orientados a un cambio de comportamiento, que a su vez será posible si se presentan en entornos posibilitadores, nos parece importante evidenciar los logros del Programa de Malaria en los años 1999 y 2000.

Indicadores Epidemiológicos de Malaria - LORETO 1999 / 2000

Año	Población	Casos confirmados	Casos P. Vivax	Casos P. Falciparum	Casos P. Malariae	Muertes P. Falcip.	Indice Vivax	Indice Falciparum	Indice Malariae
1999	859,960	49,393	37,006	12,379	8	42	43.03	14.39	0.01
2000	880,471	29,839	22,177	7,661	1	16	25.19	8.70	-



Fuente: Informe Operacional Mensual de Malaria - Ministerio de Salud.

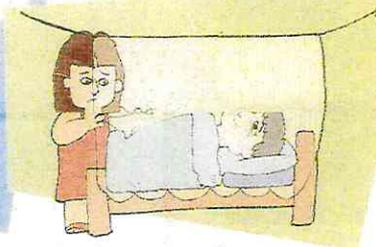
Afiche calendario con prácticas preventivas – versión final



PARA QUE LA MALARIA NO TE AGARRE, CÚIDATE DEL ZANCUDO ASÍ:



Báñate antes de que oscurezca, porque los zancudos ya vienen...



Cuida al enfermo con malaria, porque si un zancudo lo pica puede contagiarte a ti.



Si estás embarazada cuidate mucho más, porque la malaria es muy peligrosa para ti y tu llullito.

Calendario 1999-2000

Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
D L Ma Mi J V S 31 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	D L Ma 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	D L Ma 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	D L Ma Mi J V S 30 31 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	D L Ma 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
Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
D L Ma Mi J V S 30 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	D L Ma 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	D L Ma 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	D L Ma Mi J V S 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	D L Ma Mi J V S 30 31 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
Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
D L Ma Mi J V S 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	D L Ma 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	D L Ma 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	D L Ma Mi J V S 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	D L Ma Mi J V S 31 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

Afiche Plan de Trabajo Comunal – versión final

TODOS CONTRA LA MALARIA

Plan de Trabajo Comunal

Comunidad: _____




Actividad	Cronograma				Responsable
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	# de Semanas	
Minga para huactapear y limpiar el pueblo					
Asamblea para recordar cómo prevenir la malaria					
Minga para rellenar o drenar charcos					
Difusión de prácticas preventivas en escuelas					
Reunión para revisar avance del plan					
Otra actividad:					

Comisión Europea - Dirección de Salud LORETO

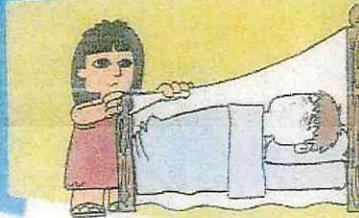
Afiche calendario de practicas preventivas – versión para validación



PARA QUE LA MALARIA NO TE AGARRE, CUIDATE DEL ZANCUDO ASÍ:



Báñate antes de que oscurezca, porque los zancudos prefieren salir de noche.



Protege al enfermo con malaria, porque si un zancudo lo pica puede contagiarte a ti.

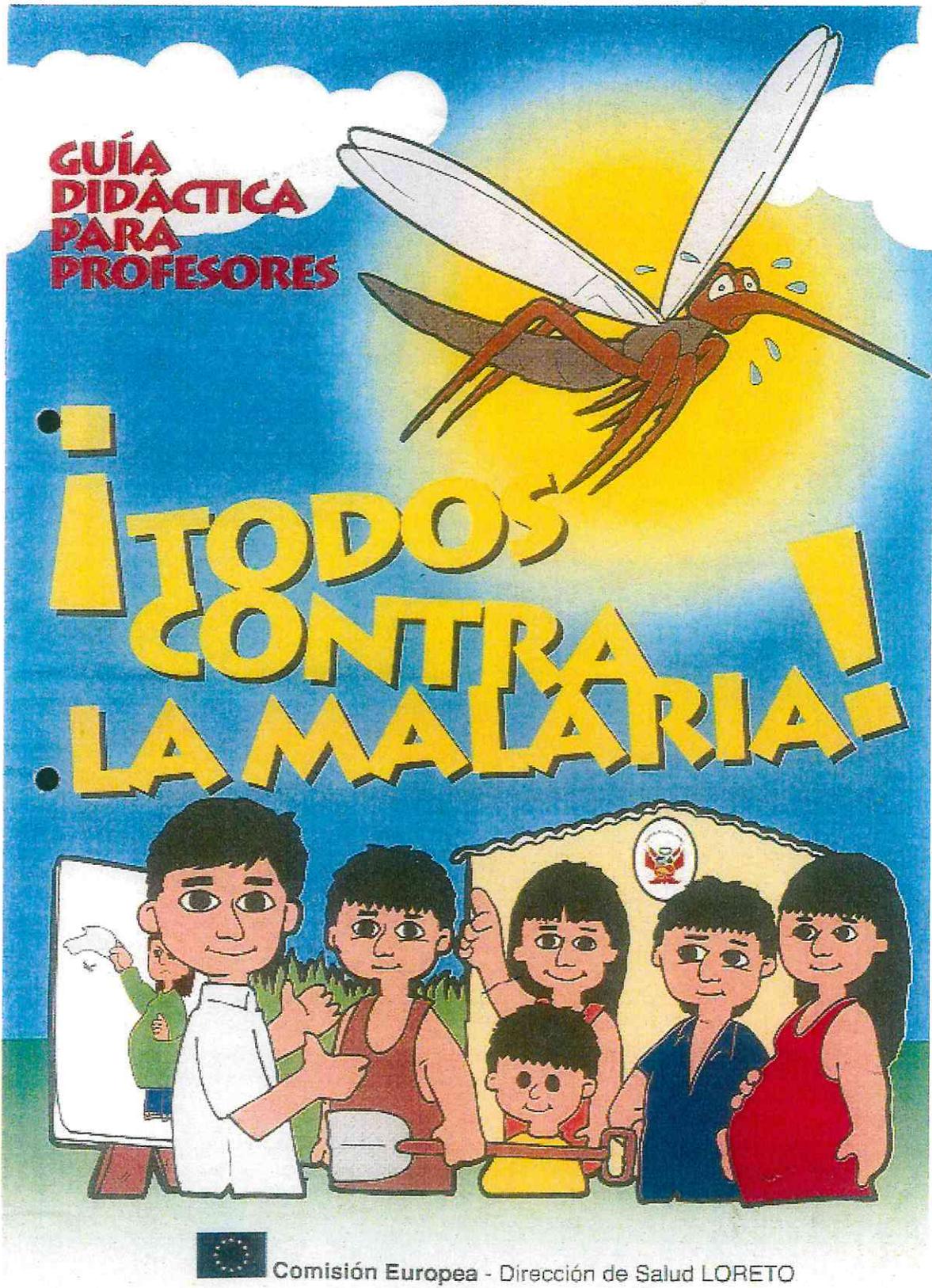


Si estás embarazada cuidate mucho más, porque la malaria es muy peligrosa para ti y tu bebé.

Calendario 1999-2000

Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td></td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	Mi	J	V	S		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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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				
D	L	Ma	Mi	J	V	S																																																																																																																																																																																																																
	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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					<table border="1"> <tr><td>D</td><td>L</td><td>Ma</td><td>Mi</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	Ma	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				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				
D	L	Ma	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																																																																																																																																																																																																																				

Carátula de la Guía de actividades para docentes – versión final

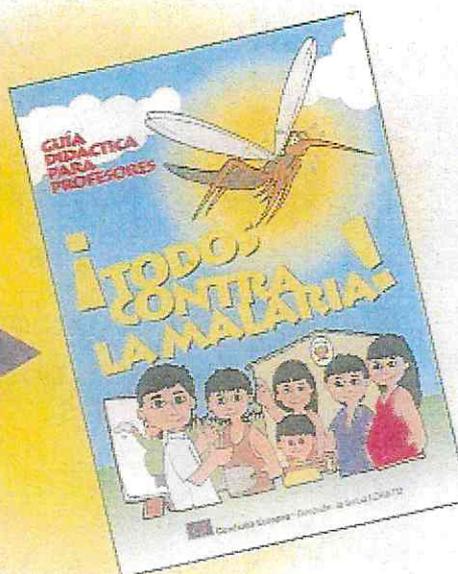


páginas interiores de la guía, total 16 páginas – versión final

PRESENTACIÓN

Te presentamos esta guía didáctica, para que con tus alumnos desarrolles actividades para prevenir la Malaria en tu comunidad a partir de tu Centro Educativo. Hace mucho tiempo que en nuestra región, se viene quedando la Malaria, enfermedad que ataca a muchos e incluso ha causado varias muertes.

Esto nos demuestra que controlarla es difícil, y por lo tanto **TODOS DEBEMOS UNIR ESFUERZOS PARA PREVENIRLA Y CONTROLARLA EN NUESTRA COMUNIDAD.**



CONOZCAMOS EL MUNDO DE LA MALARIA

La Malaria es una enfermedad endémica en algunos países del mundo. Cerca de 39 millones de personas la padecen (según la Organización Mundial de Salud - OMS, 1999). Esta enfermedad que había sido eliminada en muchas partes del mundo ahora está resurgiendo.

En el Perú el número de personas que padecen de Malaria ha aumentado. Este incremento ha convertido a nuestro país en el segundo con mayor incidencia (número de casos) en Sudamérica. Sin embargo, en zonas donde la comunidad se comprometió a controlarla, los casos de malaria han disminuido en casi el 40% respecto al año 1998.

Actualmente los departamentos que presentan mayor número de enfermas con malaria son: Piura, Loreto, Ucayali, San Martín, Amazonas y Tumbes.

En nuestra región entre las zonas más afectadas tenemos a: Nauta, Soplin, Trompeteros, El Tigre, Morona, Manseriche, Pastaza, Alto Nanay, Requena y otras. La diversidad ecológica con la que cuenta nuestra Región favorece la reproducción de zancudos Anofeles (los transmisores de la malaria).

páginas interiores de la guía, total 16 páginas – versión final

¿ QUÉ ES LA MALARIA ?

La Malaria, también conocida como Paludismo o Tercera, es una enfermedad producida por un parásito que ingresa a la sangre mediante la picadura del zancudo anopheles, allí se reproduce y enferma a las personas. El Plasmodium destruye la sangre produciendo anemia y puede causar la muerte, si la persona se demora en acudir al puesto o centro de salud.

Los síntomas que ocasiona la Malaria producen mucha molestia, lo que nos impide trabajar y como consecuencia requiere hacer un alto a todas nuestras actividades diarias, y esto económicamente significa una pérdida para la persona y la familia.

En la Región Loreto, la Malaria se presenta en dos formas:

a Malaria VIVAX, es producida por el parásito Plasmodium Vivax y es la más frecuente en nuestro país

b Malaria FALCIPARUM, es producida por el parásito Plasmodium Falciparum que permanece desde hace algunos años en nuestro país y puede ocasionar la muerte en poco tiempo.

¿ A QUIÉNES LES PUEDE DAR LA MALARIA ?

A todos, hombres, mujeres, niños, jóvenes, ancianos. Fuertes y débiles, embarazadas, a todos. Gente que tuvo malaria antes, gente que no tuvo malaria nunca. A todos. El zancudo no elige a quién picar y por lo tanto puede infectar a TODOS.

¿ PARA QUIÉNES ES MÁS PELIGROSO ENFERMAR DE MALARIA ?

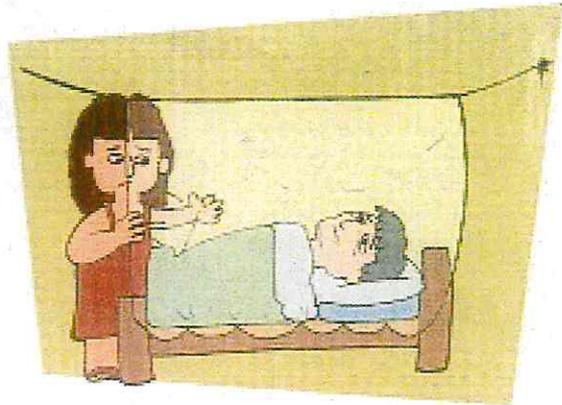
- Las embarazadas
- Los niños
- Los ancianos

Stickers con prácticas preventivas priorizadas – 4 modelos



**Báñate
antes de que
oscurezca**
porque los zancudos
de la malaria
ya vienen...

Comisión Europea - Dirección de Salud LORETO



**Cuida
al enfermo
con malaria,**
porque si un zancudo
lo pica puede
contagiarte a ti.

Comisión Europea - Dirección de Salud LORETO



Comisión Europea - Dirección de Salud LORETO



**Si estás
embarazada
cuidate
mucho más,**
porque la malaria
es muy peligrosa
para ti y tu llullito.

Comisión Europea - Dirección de Salud LORETO

**Plan IEC
para la Prevención de la Malaria
en ámbitos priorizados de la Región Loreto
Julio a Diciembre de 1999.**

3. Anexos y Bibliografía

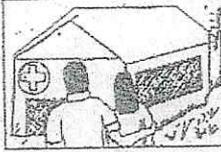
**Afiche calendario – versión final
Afiche plan de trabajo comunal – versión final
Afiche calendario – versión pre-liminar (validación)
Guía de actividades del docente – carátula
Guía de actividades del docente – interiores
Stickers con practicas preventivas – 4 modelos
Producción Local materiales de malaria
Mapas de las microrredes
Díptico para pacientes
Díptico practicas preventivas
Laminario educativo
Guiones de spots de audio
Relación de EESS involucrados
Guía de visita domiciliaria educativa**

Bibliografía

Triptico del Programa de Malaria utilizado antes del plan IEC

¿Cómo se trata el Paludismo?

El tratamiento completo del Paludismo dura 14 días y es con clorquina y primaquina; a dosis según la edad del paciente. El tratamiento es completamente gratuito en todos los establecimientos del Ministerio de Salud.



Si no tomas el tratamiento por 14 días, la malaria no se cura y volverá a repetirse nuevamente luego de un tiempo.

¿Cómo puede prevenir esta Enfermedad?

1ro. Si vives en un zona donde el Paludismo es común:



2do. Si viajas a una zona donde el Paludismo es frecuente

Deberás acudir a un establecimiento de salud, para recibir la medicación recomendada. Llévarás contigo mosquitero, repelentes de insectos, loción o jabón para aplicárselos mientras dura su estadía en la zonas.

Acude al establecimiento de salud más cercano

- HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
- HOSPITAL APOYO ICOTUS
- HOSPITAL APOYO YURUAGUAS
- CENTRO DE SALUD WAPUNA COCHA
- POSTA MEDICA DE SAN JUAN
- POSTA MEDICA DE SAN ANTONIO
- POSTA MEDICA DE BELLAVISTA NANAY
- POSTA MEDICA DE CANGOXO
- POSTA MEDICA DE BELER
- POSTA MEDICA DE 9 DE OCTUBRE
- PUESTO DE SALUD DE SANTO TOMAS
- CENTRO DE SALUD DE BODIANA
- CENTRO DE SALUD DE TASHINYACU
- CENTRO DE SALUD DE NEQUEÑA
- CENTRO DE SALUD DE TRUTA
- CENTRO DE SALUD DE CONTAMANA
- CENTRO DE SALUD DE ODELLANA
- CENTRO DE SALUD DE PEVAS
- CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO
- CENTRO DE SALUD DE CABALLOCOCHA
- CENTRO DE SALUD DE LAGUNAS
- CENTRO DE SALUD DE SAN LORENZO
- CENTRO DE SALUD DE SARABUSA
- CENTRO DE SALUD DEL ESTRECHO
- CENTRO DE SALUD DE SANTA CLOTILDE

RECIBES

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LORETO
AV. 28 DE JULIO S/N PUCERANA

MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
DE LORETO

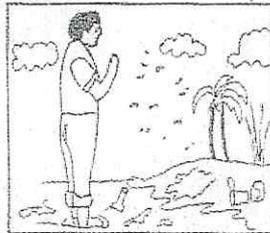
PROGRAMA DE CONTROL DE MALARIA
LA MALARIA

¿Qué es?
¿Cómo se cura?

PROGRAMA DE SALUD-BASICA PARA TODOS

¿Que es la Malaria?

La Malaria, Paludismo, Terciana o "Chirichán", es una enfermedad transmitida al hombre por picaduras de mosquitos del género Anopheles, que contienen en su interior a parásitos del género PLASMODIUM causantes de la enfermedad.



¿Dónde habitan estos mosquitos?

Los criaderos de ANOPHELES son por lo general en aguas tranquilas estancadas, sobreadas, como : aguajales, pantanos, cochas y lagunas, también las aguas de irrigaciones agrícolas, charcos y piscigranjas sin mantenimiento, etc. estos se infectan al picar a un hombre enfermo.

¿Cómo reconocer la enfermedad?



1 Fiebre Alta

2 Escalofríos



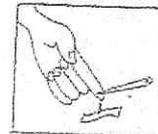
3 Sudoración abundante

4 Dolor de Cabeza



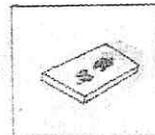
Si tienes estos síntomas ó sólo fiebre acude al establecimiento de salud más cercano a tu domicilio, para el Examen de Gota Gruesa y saber si tienes MALARIA.

¿Cómo se hace el examen de gota gruesa?



I Se le pica el dedo al paciente

II Se recogen 2 ó 3 gotas de sangre en una lámina.



III Se colorea y se mira al microscopio, si está o no el parásito.

Díptico del Programa de Malaria utilizado antes del plan IEC

TODA PERSONA ENFERMA DEBE RECIBIR TRATAMIENTO

RECUERDA EL TRATAMIENTO ES GRATUITO EN CUALQUIER ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ACUDE A CHARLAS PREVENTIVO - PROMOCIONALES QUE SE DAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL

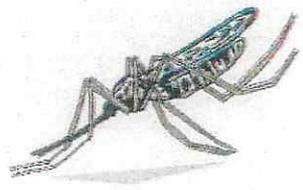


"JUNTOS COMBATIREMOS LA MALARIA"



DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LORETO

TODOS CONTRA LA MALARIA



¿Qué es la MALARIA?

Es una enfermedad producida por un parásito que se alimenta de sangre.

¿Cómo se transmite?

Se transmite de una persona a otra, por medio de la picadura de un zancudo (ANOPHELES darlingi)

¿Qué síntomas presenta?

- Escalofríos.
- Fiebre alta.
- Sudoración abundante.
- Dolor de cabeza intenso.
- A veces puede presentarse: somnolencia, palidez, malestar general

EL ESCALOFRIO, LA FIEBRE ALTA Y LA SUDORACION EXCESIVA, SON SIGNOS CARACTERISTICOS DE MALARIA

¿Quiénes pueden sufrir de MALARIA?

Cualquier varón, mujer, niño o anciano que viva en zonas endémicas de MALARIA o en áreas de mucho calor o humedad, que no siguen las medidas preventivas.

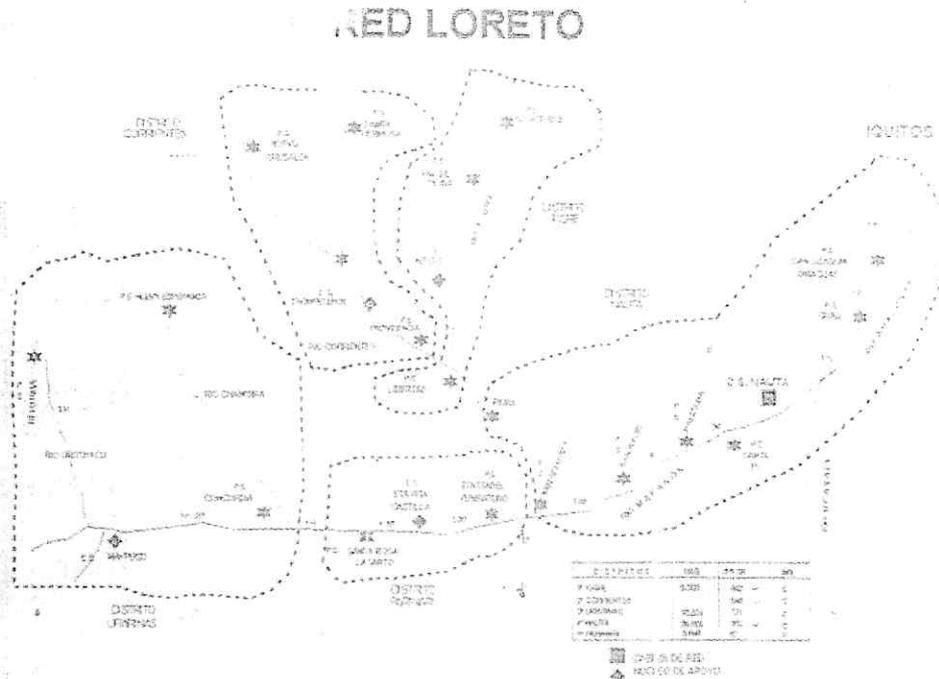
¿Cómo prevenir la MALARIA?

Los mosquitos (zancudos) ponen sus huevos en aguas estancadas, por lo tanto se recomienda:

- Drenar los charcos con agua.
- Eliminar recipientes, estanques, llantas y latas con agua.
- Usar malla metálica en puertas y ventanas.
- Eliminar arbustos a 100 mts. alrededor de la comunidad.
- Fumigue dentro de la vivienda.
- Uso de mosquiteros.




Mapa de la Micro Red Loreto



Mapa de la Micro Red – Iquitos Sur



Díptico para pacientes - 2001

Durante el tratamiento

- Come alimentos pango.
- Evita las comidas condimentadas, picantes y grasosas, especialmente las frituras.
- No tomes bebidas alcohólicas.
- Toma frescos: jugo de papaya, agua de malva, pepino y otros



CUIDADO

Toma las pastillas con el estómago lleno para evitar molestias y con bebidas dulces (azucaradas) para no sentir el sabor amargo



Todos
contra
la
malaria

Sigue estas indicaciones y podrás curarte de la MALARIA

Tan importante como cumplir con tu tratamiento, es hacerte tus

CONTROLES DE GOTA GRUESA

1°	2°	3°

A VECES, LAS PASTILLAS PRODUCEN MOLESTIAS:



- ardor en el estómago
- náuseas
- vómitos
- picazón en el cuerpo
- ronchas
- visión borrosa

ESTAS MOLESTIAS SON PASAJERAS Y DEBES AVISAR A TU PROMOTOR DE SALUD. **OJO: NO DEBES INTERRUMPIR TU TRATAMIENTO**

Aunque te sientas mejor no dejes de tomar las pastillas. La malaria **sólo se cura** con el **tratamiento completo.**

Paciente: _____

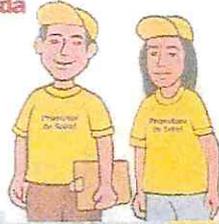
Tratamiento indicado:

Día	Pastillas/Dosis
1°	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
2°	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
3°	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
4°	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
5°	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
6°	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
7°	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

Díptico prácticas preventivas población



Si tienes fiebre, dolor de cabeza o chiri-chiri, puedes estar con malaria y debes ir inmediatamente donde tus Promotores de Salud para hacerte la **Prueba Rápida** y recibir el tratamiento adecuado

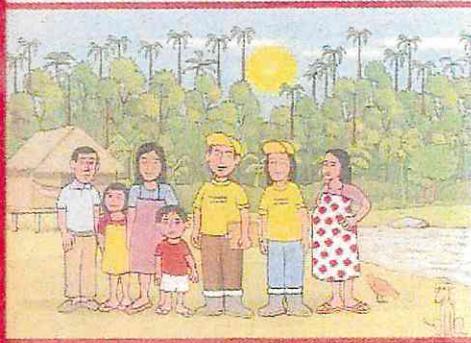


Acordemos un Plan de Trabajo Comunal para combatir a la Malaria



¡Juntos sí podemos!

Hagamos que nuestra comunidad viva libre de la malaria



¿Sabes cómo evitar la Malaria?

Báñate antes de que oscurezca y los zancudos salgan a picar



Mantén los alrededores de tu casa bien cultivados y libres de malezas



Participa en las mingas comunales para rellenar los charcos con tierra

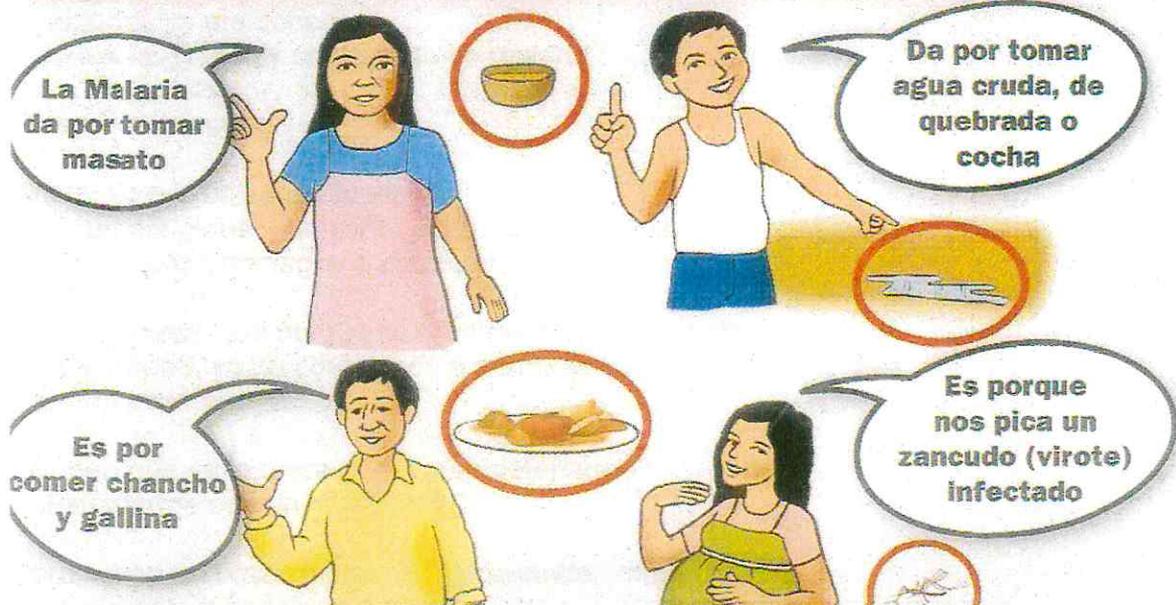


Al dormir usa correctamente el mosquitero



Laminario educativo de malaria usado por promotores y personal de salud -

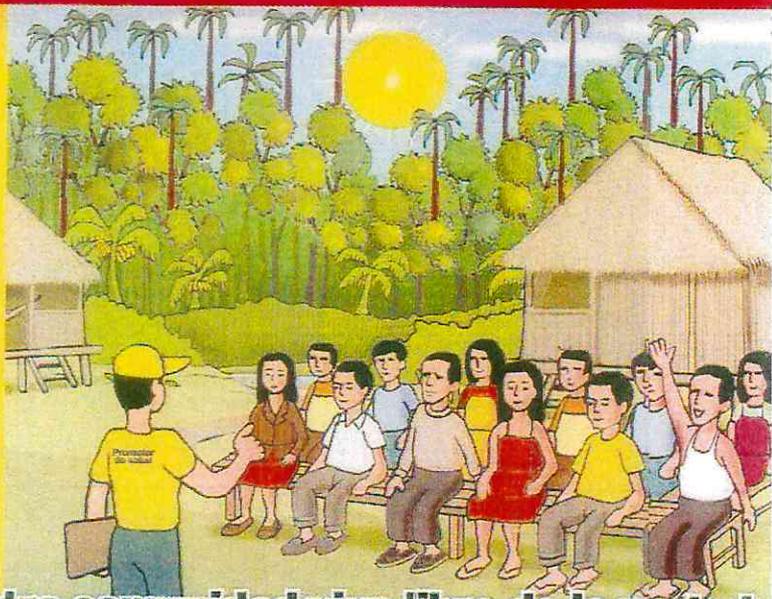
¿Qué es la malaria... ...quién de ellos tiene la razón?



¿Qué puede hacer nuestra comunidad para prevenir la malaria?

Acordar un Plan de Trabajo Comunal con la participación de nuestras autoridades y líderes comunales:

- Teniente gobernador
 - Agente municipal
- Profesor o profesora
- Presidente de APAPA
- Promotor o promotora de salud
- Coordinadora del vaso de leche
 - Animador cristiano
 - Pastor de la iglesia



Hagamos que nuestra comunidad viva libre de la malaria

Guiones de los Spots de audio

Concepto 1

El zancudo como causante de la malaria

Voz (CON EFECTO DE DISTORSION) (FONDO DE SELVA)

Hola ¿saben quien soy?

... algunos ya me conocen...

...yo los he picado y contagiado de malaria...

Si, soy un zancudo.

Antes, yo era un zancudo sano,

Pero un dia pique a un señor enfermo de malaria.

Y ahora puedo contagiar a otras personas

Algunos creen que porque son fuertes no puedo contagiarlos.

No es verdad, yo he contagiado a hombres fuertes y niños débiles.

Para mi es lo mismo.

¿Saben que es lo único que puede detenerme?

....Estrellarme con un mosquitero!

Pero si veo un brazo o una pierna desnuda... hmmm..

....Vuelo para picarla con gusto...

Y ahora disculpen pero tengo que irme,

Está oscureciendo y a esta hora me encanta salir a picar....

(SONIDO DE VUELO DE ZANCUDO QUE SE ALEJA)

La malaria te puede agarrar a ti... a mi... a todos.

Para que la malaria no te agarre... cuídate del zancudo!

Un mensaje de la Dirección de Salud Loreto

Concepto 2

Bañarse antes de que oscurezca

(FONDO MUSICAL MEDIO TRISTE)

Zancudo: (HABLA TRISTE COMO SI ALGO MALO LE HUBIERA OCURRIDO)

¿Se acuerdan de mi?...

...soy el zancudo de la malaria... y tengo algo muy triste que contarles...

La otra noche me fui volando al río como siempre.

Es uno de mis lugares favoritos porque allí la ente se baña cuando oscurece y aprovecho para picarles...

Pero.. ¿saben que paso? ... cuando llegue al río... ya no había nadie!
Todos se habían ido... (MUY APENADO) y yo me quede con las ganas

(CAMBIA A MUSICA ALEGRE)

locutor (TONO POSITIVO)
Siempre báñate antes de que oscurezca,
Antes de que el zancudo aparezca

Zancudo (LLORANDO DESCONSOLADO)
Oh.. que triste es mi vida.... snif.. snif... ya no voy a poder
Seguir picando en el río....

Locutor (TONO POSITIVO)
Si el zancudo no logra picarte,
Tampoco la malaria podrá agarrarte

Un mensaje de la Dirección de Salud Loreto

Concepto 3

Cuidar al enfermo de malaria

Concepto 4

Proteger a las embarazadas

Concepto 5

Microprograma : Participa en las mingas, Todos contra la malaria juntos si podemos

Ficha de monitoreo a centros educativos- Plan IEC Prevención de Malaria

Recomendación: Realizar la entrevista al Director o Profesor responsable.

EESS

Centro Educativo _____

Comunidad _____

Entrevistado _____

A. Difusión

1. Nro. de profesores que se enteraron del plan _____
2. Asistieron a la capacitación en el EESS? SI ___ NO ___
3. Si no asistió ningún profesor, indicar motivo _____
4. Fueron visitados por personal de salud SI ___ NO ___

B. Materiales recibidos

Nro. de Guías didácticas _____

Nro. de stickers _____

Nro. de afiches _____

C. Participación (actividades desarrolladas)

Concurso de periódicos murales SI ___ NO ___

Dramatización SI ___ NO ___

Otros concursos (composición, etc.) SI ___ NO ___

Otros SI ___ NO ___

Relación de Redes, Micro redes y establecimientos de salud involucrados

Red Loreto:

1. C.S. Nautá cabeza de microred
2. P.S. San Regis
3. P.S. San Joaquin de Omagua
4. P.S. Santa Fé
5. C.S. Villa Trompeteros, eje de microrred
6. P. S. Pampa Hermosa
7. P.S. Providencia
8. C.S Intuto eje de microred
9. P.S. Paiche Playa
10. P.S 12 de Octubre

Microred Iquitos Sur

1. C.S. San Juan - Cabeza de Micro red
2. P.S Rumococha
3. C.S Santo Tomás - Eje microred
4. P.S Zungarococha
5. P.S Quistococha
6. P.S Varillal
7. P.S. Moralillo
8. P.S Paujil - Eje de Micro red
9. P.S. Santa Clara de Nanay - Eje de microrred
10. P.S. San Pablo de Cuyana

Microred Iquitos Norte

1. C.S Moronacocha - Cabeza de Micro red
2. P.S. Padrecocha
3. P.S Barrio Florido
4. P.S. Picuruyacu
5. P.S Santa Clara
6. P.S Santa María
7. P.S Santa María de Nanay -eje de Micro red
8. P. S Samito
9. P.S. San Antonio de Pintuyacu
10. P.S. Diamante Azul

Microred Ramón Castilla

1. C.S Caballococha - Cabeza de Micro red
2. P.S. Chimbote
3. P.S. Cushillococha
4. P.S San Antonio de Cacao
5. C.S Islandia - Eje de red
6. Buen Suceso
7. Nueva esperanza
8. C.S. Santa Rosa- Eje de red
9. P.S. Bellavista Callaru
10. P.S. Puerto Alegria

Guía de Visita Domiciliaria Educativa para la prevención de la Malaria

FECHA _____
 Microrred _____ EESS _____
 Comunidad _____
 Familia _____ Nro. personas que viven en casa _____

1. RELACION CORDIAL, Presentarse.
2. VERIFICAR SI EN LA VIVIENDA HAY :

MUJERES	SI	NO	Comentarios
Embarazadas			
Embarazada con control prenatal			
Vacunada contra tétanos			
ALGUIEN EN LA FAMILIA	SI	NO	Comentarios
Tiene escalofríos, tembladera "chirir-chiri"			
Tiene fiebre			
Dolor de cabeza			
Se realizó gota gruesa/prueba rápida.			
Con tratamiento casero			
Con tratamiento medico			

3. IDENTIFICAR NECESIDADES DE INFORMACIÓN

Porque las personas enfermamos de malaria?

- Comer chanco y gallina _____
- Tomar agua que no es limpia _____
- Comer frutas sin lavar _____
- Picadura de zancudo _____
- Tomar masato _____
- Mala suerte _____
- Otra que señale el entrevistado _____

Es posible evitar enfermarse de la malaria SI _____ NO _____

Porque? _____

¿Que podemos hacer para evitar enfermarse de malaria?

Dormir con mosquitero			
Bañarnos antes de que oscurezca			
Mantener alrededores de la casa sin malezas			
Cuidar al enfermo de malaria			
Eliminar lugares donde viven larvas y zancudos			
Otros, cual			

Como sabemos si alguien enferma de malaria

- Dolor de cabeza _____ Chiri-chiri _____
- Fiebre _____ Otro, especificar _____

Que hacemos cuando alguien enferma de malaria

- Que limpie su estomago "purga" _____
- Tomar paracetamol, fansidar _____
- Que se haga gota gruesa _____
- Otro , especificar _____

Que cuidados debemos darle al enfermo con malaria

- Alimentos pango _____
- Que tome todas sus pastillas _____
- Que se bañe temprano _____
- Que duerma con mosquitero _____
- Otro _____
- Porque? _____

Para quienes es mas peligroso enfermarse de malaria?

Llullitos _____ embarazadas _____ viejitos _____ otros _____

Porque? _____

4. RESPONDER A NECESIDADES DE INFORMACIÓN

A. Según las necesidades de información identificadas, realizar la consejería utilizando los materiales educativos, entregar afiche calendario

B. Recorrer la vivienda con el entrevistado e identificar con el lo siguiente :

	SI	NO	Comentarios
Proporción adecuada de mosquiteros por personas/camas			
Mosquitero en buen estado (sin huecos)			
Malezas alrededor de la casa			
Charcos alrededor de la vivienda			
Emponado con malezas			

5. VERIFICAR EL ENTENDIMIENTO

Luego de la consejería volver a realizar algunas preguntas del punto 3.

6. MANTENER LA RELACION .

- Agradecer por la atención prestada.
- Entregar material educativo.
- Invitarla a actividad educativa y/o minga comunal de ordenamiento. "huactapeo de malezas y relleno de charcos". Del plan de su comunidad.

3. Bibliografía

Academy for Educational Development, 1996. Healthcom. Comunicación and marketing for Child Survived Project. A Toolbox for Building Health Communication Capacity. Basics Project.

Andrade, S, Shedlin, M y Bonilla,E. Métodos cualitativos para la evaluación de programas. Un manual para programas de salud, planificación familiar y servicios sociales.

Beltrán, Luis Ramiro, 1994. La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. División de Promoción y Protección de la salud, OPS-OMS. EEUU.

Beltrán Luis Ramiro y Gonzáles Fernando editores, 1998. Movilización Comunitaria para la salud La Paz.

Cueto Marcos. 1997. El Regreso de las Epidemias, Salud y Sociedad en el Perú del siglo XX Lima.

Dirección Regional de Salud Loreto, 1998. Evaluación de actividades del Programa de Control de Malaria y otras enfermedades metaxénicas Informe técnico. Loreto.

Dirección Regional de Salud Loreto, 2000. Evaluación de una intervención comunicacional en los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la malaria en población rural de Loreto. Informe pre-liminar. Loreto.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1993. Desarrollo de Estrategias en Información, Educación y Comunicación para programas de población. Documento Técnico Nro. 1.

Glanz, Karen; Rimer, Bárbara y Sutton, Shary, 1996. Modelos y Teorías de comunicación en salud Serie 19, División de Promoción y Protección de la salud OPS, EEUU.

Gumucio, Alfonso; 2001, Haciendo olas: historias de comunicación participativa para el cambio social. Fundación Rockefeller. EEUU.

Kotler, Philip; Roberto, Eduardo, 1989. Social Marketing, New York.

Kroeger, Axel, 1995. Métodos para mejorar el control de la malaria en Ecuador y Colombia. Ecuador.

McKee, Neil, 1992. Social Mobilization and social marketing in developin communities. Lessons for communicators. Dhaka.

Mckee, Neil , 2000. Involving People, Evolving Behaviour. Malasya.

Minayo, Cecilia, 1994. O desafio do conhecimento. Sao Paulo.

Ministerio de Salud, 1994. Doctrina, normas y procedimientos para el control de la malaria en el Perú Lima.

Ministerio de Salud, 1996. Manual de atención del paciente con malaria Lima.

Ministerio de Salud- Proyecto Vigía, 1998 Impacto económico de la malaria en el Perú.
Lima

Ministerio de Salud – PSNB, 1998. Guía del Planificador IEC. Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa. Lima.

Ministerio de Salud, 1998. Estrategias para el trabajo comunitario en salud integral
Lima.

Ministerio de Salud, 1999. Informe de gestión del Programa de Control de Malaria
Lima.

Ministerio de Salud, 2001. Lineamientos y estrategias para la gestión local de la comunicación educativa. Lima.

Ministerio de Salud – Proyecto Vigía, 2001. Sistematización de los procedimientos para el control integrado de vectores para malaria y dengue aplicados en tres regiones del Perú Informe pre-liminar. Lima.

Ministerio de Salud, Oficina General de Comunicaciones, setiembre 2004

Política Nacional de Comunicación para la Salud, Lima

Dirección de Salud Loreto, 2001. Mosquiteros impregnados para el control de la malaria en la Amazonía Peruana - Informe sobre factores sociales, económicos y culturales. Informe preliminar de investigación. Loreto.

OPS, 1999. Informe de la situación de los programas de malaria en las Américas

OPS, 1994. Materiales de enseñanza para el control de la malaria a nivel local.

Pesse, Karen, 1994. Control de la malaria en la comunidad campesina San Juan Bautista de Catacaos. Informe de investigación. Piura.

Pike K. 1997. Iquitos School Children Perception of Malaria. Informe de tesis UNAP Loreto.

Soplin, Ana, Villacorta, Mirna. 1998 Percepciones conocimientos y comportamientos frente a la malaria: variables asociadas en población rural del río Urituyacu. Loreto, 1998. Libro de resúmenes de la V conferencia Latinoamericana de facultades de enfermería. Trujillo.

Werner, David, 1997. Aprendiendo promover la salud
Cusco, (2da edición)

**Plan IEC
para la Prevención de la Malaria
en ámbitos priorizados de la Región Loreto
Julio a Diciembre de 1999.**

4. Lecciones aprendidas

- 4.1 Lecciones aprendidas**
- 4.2 Consideraciones conceptuales y metodológicas**
- 4.3 Retos para futuros planes de comunicación para la salud**

4.1 Lecciones aprendidas

La prevención y control de la malaria un reto para todos

La malaria en la Región Amazónica no es un problema reciente. Habiéndose descartado la erradicación de la misma, su control se hace cada vez más complejo. Estrategias centradas únicamente en los esfuerzos que pueda realizar el sector salud limitan los resultados. El sector salud ha priorizado los aspectos preventivos (eliminación del vector en estado larvario o adulto) y los aspectos curativos (diagnóstico, atención y tratamiento)

Los esfuerzos de concertación con otras instituciones del estado y la sociedad civil se han dado pero de forma aislada y no continua. El problema de la malaria no es un problema solo de salud, es un tema de desarrollo, está relacionado con el acceso a oportunidades: educación, trabajo, infraestructura. Las condiciones de pobreza son un factor que se relaciona al mayor riesgo de transmisión de malaria y a su vez esta enfermedad produce pobreza.

La concertación con instituciones como el sector educación, municipalidades, organizaciones de base, organizaciones no gubernamentales, unidas al trabajo con los promotores de salud, constituye una modalidad eficaz y eficiente de enfocar las estrategias preventivo-promocionales. Se deben establecer coordinaciones y planes de trabajo conjunto con los actores que trabajan en la zona para no interferir en el desarrollo de sus estrategias. Es necesario desarrollar canales y formas de comunicación con todos los involucrados de tal modo que la relación se vea facilitada, disminuya la resistencia y se favorezcan mejores niveles de concertación.

Los indicadores de salud enfatizan las acciones de identificación, control y tratamiento de casos (febriles identificados, resistencias, controles, altas). Si bien es cierto se enuncia la necesidad de promover prácticas preventivas, por lo menos a nivel de adquisición de conocimientos protectores frente a la enfermedad, en las normas y procedimientos del programa, a nivel operativo no hay referencias sobre este punto. Estos no son considerados en el protocolo de atención y no son tomados en cuenta para la productividad del personal de salud. Cada técnico y/o profesional de salud realiza su mejor esfuerzo según sus posibilidades. De ahí la necesidad de protocolizar estas actividades.

La meta principal del programa es asegurarse de que recibieron el tratamiento y lo culminaron con éxito, dejando de lado la evaluación a nivel de adquisición de conocimientos y hábitos protectores para que los pacientes y familiares sean menos susceptibles a enfermar y/o reincidir en conductas de riesgo.

Oportunidades de encuentro

Con relación al aspecto educativo se desaprovechan oportunidades de encuentro con la población tanto en el trabajo intra como extra mural. El diagnóstico, la atención a los febriles y la visita domiciliaria de control son oportunidades de comunicación desaprovechadas.

Al respecto se vienen dando avances como la elaboración de instrumentos: guía de visita domiciliaria educativa, y el laminario para uso del personal de salud y del promotor voluntario.

La consejería es reducida a la prescripción, "haga esto o aquello" y no responde porqués, ni evidencia los beneficios para el otro. La concepción de comunicación manejada a este nivel operativo es la de difundir información, sin ponerse en el lugar

del "otro", sin valorar el conocimiento ni la forma de entender la enfermedad por quien la esta sintiendo. Suponiendo que al prescribir/indicar el otro lo asumirá.

Ejemplos al respecto son: la limitación a indicar que el transmisor de la enfermedad es el zancudo pero sin explicar como se da el ciclo de transmisión o prescribir medicamentos sin advertir de los resultados adversos, no explicar el porque del control de los colaterales y en como esto disminuye la probabilidad de los casos. Al respecto también se vienen dando avances desde el Plan de Fortalecimiento de la Capacidad diagnostica de la Malaria ejecutado por el Proyecto Vigía en el periodo 2001-2003.

Muchas veces el trabajo de comunicación en salud realizado se reduce a la distribución de dípticos y volantes o a la emisión de cuñas radiales. Sin vincularlo al trabajo intramural (diagnostico, consulta, sala de espera) y extramural (visita domiciliaria, feria de salud integral, brigada itinerante) que realiza el personal de salud. IEC se entiende como los materiales y las actividades, desligado a las acciones de comunicación regulares que realizan los programas.

Es necesario que toda estrategia de comunicación en transmisibles y en malaria en particular, comience por trabajar con el personal de salud. Esto implica fomentar en ellos actitudes diferentes hacia la relación paciente-usuario y el desarrollo de habilidades de comunicación lo que implica un redimensionamiento de la profesión otorgándole un mayor énfasis a los aspectos vinculados con la promoción, y la prevención que implican principalmente el reconocimiento y valoración del otro y su cultura.

Lo que piensa y siente la población respecto a la malaria

La población clasifica a la malaria como una enfermedad "natural", frente a la que uno no puede hacer mucho, y es difícil evitarla. Durante la ejecución del plan se contrarrestó esta creencia principalmente a nivel de autoridades locales, promotores y profesores proporcionando información completa sobre el mecanismo de transmisión y como cortar la cadena de transmisión.

Las prácticas propuestas: mantener al enfermo de malaria protegido (practica personal y familiar) y participar en actividades de ordenamiento ambiental para la eliminación de criaderos (practica comunitaria) eran actividades propuestas que a la luz de la comprensión de la naturaleza del ciclo de transmisión de la enfermedad eran realmente efectivas y susceptibles de ser realizadas.

Una principales lecciones aprendidas de la experiencia descrita consiste en la utilidad de aproximarse al problema desde la perspectiva de los involucrados, no sólo para la determinación de conductas y mensajes mas apropiados sino también para decidir junto con ellos las posibles soluciones al problema.

La limitación a indicar que el transmisor de la enfermedad es el zancudo pero sin explicar como se da el ciclo de transmisión conduce a un conocimiento incompleto que le va restando credibilidad. En la región existen muchas variedades de zancudos, pero no todos ellos son insectos infectados de malaria (por lo tanto portadores del plasmodium de la malaria) y los pobladores de las zonas rurales son usualmente picados por estos. (infectados y no infectados).

No siempre que son picados por zancudos los pobladores enferman de malaria, de ahí la coexistencia de otras causas como la ingesta de alimentos grasosos, tomar masato o agua estancada y otras, que bajo la lógica de los pobladores explicarían de manera mas consistente el ciclo de la enfermedad. Muchas veces estas creencias locales, sus significados y su relación con la enfermedad no son valorados y/o tomados en cuenta para el trabajo educativo. A esto subyace una idea de un conocimiento absoluto del profesional de salud sobre la del paciente y/o población. Se limita a la prescripción en lugar de establecer un real diálogo

Medidas preventivas propuestas por el sector

Con relación a las medidas propuestas por sector, estas no son en su gran mayoría económica ni culturalmente acordes a la realidad de las comunidades rurales. El uso de repelentes, la instalación de mallas en puertas y ventanas y el uso de ropa de mangas largas son muy poco aceptadas y menos aun practicadas. Son practicas poco viables.

Con relación a la costumbre del baño antes de que oscurezca es una practica susceptible de ser promovida entre los mas pequeños por su rutina diaria. (hora de regreso de la escuela y hora de dormir) no así para los adultos principalmente aquellos que se dedican a labores agrícolas, de pesca y de producción de carbón.

El uso del mosquitero es una practica extendida pero que se realiza muchas veces de forma inadecuada y sus razones de uso son principalmente para obtener confort al dormir y menos para prevenir la malaria.

Apuntar al aprendizaje mutuo

El plan con las limitaciones observadas estuvo orientado al aprendizaje mutuo, a promover el dialogo entre el personal de salud y la población.

Seguimiento: ¿control o apoyo?

Las intervenciones en IEC requieren de un sistema de monitoreo y evaluación que permita medir adecuadamente las estrategias de comunicación, sus procesos, componentes, dificultades, avances, logros e impacto alcanzado. Dicho sistema debe incluir indicadores, instrumentos, responsables procedimientos, y frecuencia de recojo de datos. La información registrada durante el proceso de seguimiento o monitoreo a los servicios de salud, debe ser sistematizada para poder evidenciar los avances y los logros en cuanto al acceso a los servicios de salud y los cambios de comportamiento propuestos, así como para la toma de decisiones oportuna en relación con las estrategias implementadas.

Es necesario validar los instrumentos de monitoreo con el personal de salud, los agentes comunitarios y todos los involucrados, adecuándolos a las necesidades de información y aplicación de los usuarios sin descuidar su contribución a la mejora de los procesos y como insumo para la evaluación.

4.2 Consideraciones conceptuales y metodológicas

Según el documento "*Diagnóstico situacional en IEC de los programas de salud del MINSA*" (Zevallos, 1997) las intervenciones de IEC en el sector eran entendidas de la siguiente forma::

Por un lado se interpretaban como "un conjunto de acciones interrelacionadas (campañas masivas y comunicación interpersonal) con la finalidad de lograr cambios de comportamiento en la población objetivo" y por otro lado se pensaba que "IEC era el soporte de los programas de salud teniendo como escenario los medios de comunicación".

Ese mismo diagnóstico indicaba que las intervenciones IEC se caracterizaban por ser acciones inmediatas y puntuales, en las que se priorizaba la difusión de información, no se hacia uso de la metodología de la planificación estratégica (investigación, seguimiento y evaluación de resultados) y se evidenciaban carencias de recursos humanos capacitados y limitaciones presupuestales.

Es en este contexto que los proyectos de inversión y específicamente el Proyecto Salud y Nutrición Básica desarrolla la Guía de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa – PECE como herramienta básica del programa de fortalecimiento de capacidades de las comisiones IEC y con la finalidad de extender el uso de la planificación estratégica en las acciones IEC orientadas a promover impactos educativos orientados al cambio de comportamientos preventivo – promocionales a nivel individual y colectivo.

A este modelo subyace una orientación básicamente conductista y surge bajo la necesidad, tal como se indica en su introducción, de “ *acompañar las intervenciones de salud destinadas a la comunidad con actividades de información y comunicación orientadas a la adquisición de conocimientos y actitudes favorables dirigidos al cambio de comportamiento del público objetivo de programas o proyectos*”

En ese sentido el enfoque de comunicación que subyace a la propuesta metodológica es mas bien aquel en el que se enfatiza la “ *difusión*” y el “ *efecto*”. Tomando al sujeto y a la comunidad como “ *objeto*” y no como “ *sujeto*” donde las funciones priorizadas de la comunicación son la difusión de instrucciones “ *correctas*” (desde la lógica del emisor) y la persuasión. .

La metodología para ser efectiva, propone la planificación, producción y difusión de mensajes, sobre la base de refinadas herramientas de investigación social y supone la consecución de los objetivos propuestos en términos de cambio a nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, los que se lograrán a través de la propagación de mensajes cuidadosamente seleccionados y acordes con lo determinado en la priorización de comportamientos.

La priorización de comportamientos y los mensajes es desarrollada desde un equipo planificador/interventor – “ *emisor*” con el conocimiento (no “ *creencias*”), correcto y adecuado. Se basa en un modelo de “ *transmisión*” de la verdad científica donde lo comunicativo tiene como función la adecuación de mensajes , simplificándolos al máximo. La consecución de los resultados/objetivos, parte del sujeto víctima de los problemas de salud para llegar a él. El sujeto al estar marcado por logros específicos se convierte en objeto de la intervención (“ *público objetivo*”) . la comunicación debe ser convincente y persuasiva para llegar a él y cambiarlo. La comunidad es definida como un espacio de convencimiento.

Al respecto, si bien es cierto que el modelo surge ante la necesidad de organizar las intervenciones comunicativas y proporciona herramientas útiles, (la investigación de base, determinación de objetivos, plan de monitoreo, indicadores) deja de lado el real sentido de la comunicación,; es decir; aquel que apunta a construir relaciones entre los sujetos protagonistas de la comunicación. Relaciones que van a permitir que ambos involucrados produzcan y construyan sentidos de comprensión de si mismos, de los demás y de la realidad y posibilitaran cambios decididos por los propios sujetos.

El énfasis en el modelo y los instrumentos en desmedro de la finalidad principal: las persona como actores dinámicos participando en los procesos de cambio con control de las herramientas comunicativas. tomando en consideración que no se puede desarrollar a nadie sin su consentimiento, y que no hay cambios sostenible si este no es autónomo.

Entre los aportes del PECE al quehacer comunicativo del sector encontramos:

- Proporcionar una metodología adecuadamente instrumentalizada para el desarrollo de intervenciones en comunicación educativa.
- Valorar el tema de la investigación en todas las etapas del proceso desde el diagnóstico hasta la evaluación.
- Incluir los aspectos de análisis situacional y los criterios para la determinación de objetivos de comunicación.
- Proporcionar herramientas útiles para la producción de materiales educativos (protocolos de validación)
- Incidir en la importancia del monitoreo para identificar el grado de avance de las intervenciones.

Entre los límites del modelo PECE encontramos:

- La ausencia de una lógica participativa, donde los sujetos son los protagonistas y gestores del cambio.
- La reducción de la intervención de comunicación para la salud al tema de la producción y validación de materiales
- La ausencia de un modelo de cambio de comportamiento explícito que guíe la investigación de base, la determinación de objetivos de comunicación, priorización de comportamientos la elaboración de mensajes y materiales y la evaluación.

4.3 Retos para futuros planes de comunicación para la salud

Del énfasis en lo racional al reconocimiento de los componentes emocionales y sociales para promover cambios en el comportamiento.

Muchas intervenciones asumen que ampliando los conocimientos se generarán cambios en las actitudes, que a su vez modificarán las prácticas o comportamientos. Sin embargo diversos estudios demuestran que incrementar los conocimientos raramente es suficiente para generar cambios de comportamientos. Es necesario tomar en consideración que estos cambios involucran componentes emocionales y sociales Y reconocer que éste es un proceso social e individual que depende de una compleja interacción entre la persona y su entorno (factores económicos, sociales, climáticos, culturales, biológicos, psicológicos).

Actualmente se ha demostrado que la adopción de un comportamiento esta relacionada a múltiples factores internos y externos al individuo y que no es efectivo privilegiar únicamente la adquisición de conocimientos como medio de aprendizaje.

Tradicionalmente se ha buscado modificar el comportamiento de las personas a través de la educación, entendiéndose a esta como la entrega de información con la finalidad de incrementar el conocimiento. Lo que sucede es que el comportamiento humano no está únicamente determinado por el conocimiento sino por muchos otros factores como las costumbres y la cultura, la búsqueda de status, las habilidades y la factibilidad para asumir determinadas practicas, estilos de vida. Por ello los esfuerzos para promover cambios de comportamiento deben ser el resultado del conocimiento detallado de cómo actúan estos factores en cada caso específico. Asimismo debe incluir componentes afectivos de identidad cultural, motivacionales, informativos y de entrenamiento para poder realizar tareas específicas requeridas para alcanzar el cambio de comportamiento deseado.

Efectivamente el comportamiento humano no está únicamente determinado por el conocimiento. De hecho hoy en día los modelos psicosociales de cambio de comportamiento toman en cuenta tanto los componentes emocionales como sociales de la persona. Los diferentes modelos ofrecen hoy pistas interesantes respecto a los pasos a seguir para modificar los comportamientos, sin embargo aun se muestran ineficaces en razón de una concepción estrecha de la cultura y de la acción humana que no termina de reconocer el espacio para la significación y las prácticas sociales.

De la ausencia de investigación social a la planificación estratégica a partir de la investigación formativa.

La investigación es reconocida hoy como requisito fundamental para el establecimiento de puentes que faciliten el diálogo y la circulación de mensajes sanitarios. No se pretende eliminar las creencias tradicionales para la apropiada transferencia de conocimientos médicos sino más bien intenta utilizar de manera positiva las creencias populares para proponer estrategias de comunicación que sean integradas a las ideas y prácticas existentes y significativas para la población. Esto implica que si se quiere modificar comportamientos se debe utilizar menos energía en conocer eso que la gente no sabe o no hace y mayor energía en determinar patrones culturales locales.

La investigación social sobre las condiciones socioeconómicas y las costumbres culturales es hoy un componente fundamental en el planeamiento de intervenciones educativas con perspectivas de éxito

La investigación formativa permite apoyar el planeamiento de una intervención comunicacional a partir del análisis local de la problemática respondiendo a las siguientes cuestiones: comportamientos personales, familiares y comunitarios que inciden en la ocurrencia del problema, determinantes de los comportamientos y resistencias que se oponen a su modificación.

De la verticalidad de las intervenciones a la participación comunitaria

El balance de experiencias desde las ciencias sociales, la educación o la comunicación social da cuenta de la necesidad de establecer alianzas con la población vía diálogo y participación como garantía de eficacia. Reivindicar al beneficiario como sujeto crítico, capaz de identificar sus problemas y negociar su futuro. La gente no puede ser desarrollada sin su consentimiento. Todo desarrollo es un autodesarrollo. La necesidad de establecer alianzas con la población ha modificado de manera sustancial tanto del proceso de planeamiento de intervenciones de cambio social, como de las metodologías de intervención y evaluación. En principio tomar en cuenta a la población implica cierto descentramiento de objetivos a priori y en muchos casos la exigencia de intervenciones más globales que tomen en cuenta determinantes de la salud (condiciones socioeconómicas, contexto político, etc.

Los interventores y su cultura

Durante mucho tiempo se pensó en los interventores como mediadores neutros cuya competencia técnica garantiza la calidad de sus servicios. Consistente con esto es el hecho que en la mayoría de los casos los interventores han sido utilizados como medios (sujetos que permiten llegar a otros sujetos) y no como públicos, es decir como sujetos con características particulares a ser tomadas también en cuenta como parte de la intervención.

Al utilizarse a los sujetos como medios se desconoce su carga cultural y simbólica considerándolos como meros transmisores de información y no como sujetos que al recibir la información la resignifican y se tornan en productores de un discurso distinto que será aquel que transmitan.

La experiencia ha demostrado la necesidad de reconocer las premisas sociales, culturales y psicológicas de las propias organizaciones y de los profesionales intervinientes. Existiendo hoy una creciente preocupación por intervenir en las culturas organizacionales y profesionales primero para reconocerla y segundo para intervenir sobre ellas buscando cambios que conlleven a aumentar la calidad y la eficacia de los programas y sistemas de atención en salud.

Limitaciones metodológicas relativas al planeamiento y a la evaluación de las intervenciones

Entre las causas que explican el logro limitado de los objetivos se encuentra el deficiente planeamiento (ausencia de una investigación formativa, imprecisiones en el marco conceptual y en los objetivos) y la inconsistencia entre los modelos de intervención y la implementación de los mismos, el deficiente monitoreo y la ausencia de evaluación.

Otras vías para el aprendizaje

Es necesario dejar de pensar en el discurso como única vía para el aprendizaje e implementar acciones que apelen a la experiencia directa de las personas.

La experimentación (hacer, mirar, probar) y por tanto el sentir como un modo de aprender. La visualización como una manera de retener información. No siempre lo que se aprende conceptualmente (a través de la palabra) es lo que propugna el cambio sino aquello que se experimenta.

Las relaciones entre el personal de salud y la población

Muchas veces se ha establecido un tipo de relación autoritaria y prescriptiva entre el personal de salud y la población, con pocas posibilidades de mantener un diálogo. Forma de apelación en los materiales distante de Ud.

Intervenciones IEC armonizadas con los programas

Otro aspecto importante es que de la forma como se plantean las actividades de comunicación educativa, pareciera que tuvieran un ritmo aparte del desarrollado por los programas. Realizando acciones conjuntas únicamente en las fases de diseño mas no en las de ejecución.

Materiales utilitarios

Respecto a los materiales, si bien se vienen implementando nuevos formatos que tienen mayor énfasis en las imágenes para las zonas de etnias, los impresos siguen siendo los privilegiados, con los costos que estos implican y sin darle una utilidad posterior. Los materiales deben trabajarse de manera que estimulen a los lectores a hacer algo: ser creativo, proponer algo, dibujar, escribir, hacer algo por la comunidad. Se trata de instrumentalizar el cambio y ya no solamente de enunciarlo.

Es necesario presentar no solamente los problemas, la enfermedad y las carencias sino también los aspectos positivos y las potencialidades del beneficiario.

En el plan analizado cada uno de los materiales elaborados tuvo un uso adicional:

Afiche calendario, afiche plan de trabajo (instrumento de monitoreo), cartilla para el docente, con tarjetas para cortar, polos, gorritas y mosquiteros con los mensajes impresos.

El uso de materiales debe estar acompañado de un instructivo en el que se proponga los objetivos de los materiales y sus distintas posibilidades de uso en diferentes circunstancias. (consejería, grupales)

De la participación a la asociación

La participación debe ser promovida, dado que no es un resultado espontáneo o natural. El cambio solo puede venir de una población que siente la necesidad de cambiar. Solo los sujetos pueden formular las preguntas y aportar las respuestas más convincentes para solucionar estos problemas de los cuales no siempre tienen conciencia inicialmente. Un agente exterior puede brindarles un apoyo para resolver estos problemas o formularlos pero nunca hacerlo en su lugar. El agente exterior hubiera quizás imaginado otras soluciones pero la ganancia en aprendizaje compensa generalmente el costo de oportunidad de una solución menos performante.

El énfasis debe recaer en descubrir el grado de participación de la población, su integración con los agentes externos de cambio, la eficacia de la metodología para superar los problemas del medio ambiente físico y social y desarrollar una actitud de compromiso solidario entre los diferentes miembros de la población involucrada. La conciencia de que el individuo es el principal responsable de su destino y que su cooperación en un trabajo de la comunidad redundará en beneficio de todos.

La exigencia de una real participación de las poblaciones en su propio proceso de desarrollo demanda un cambio radical en la formulación y ejecución de los proyectos en general. Más que de participación se trata de una "asociación" entre una comunidad que decide resolver sus problemas, organizaciones que quieren apoyarla e instituciones financieras que sostienen el proceso. Solo una verdadera relación de socios asegura que la población participe realmente de todas las fases claves del proyecto: diagnóstico, diseño, financiamiento, ejecución y evaluación.

Ayudar significa apoyar la acción del otro no actuar en su lugar, además, el proceso de asociación permite una real transparencia de los programas sociales y una fiscalización interna del uso de los recursos.

Finalmente es necesario....

Tener siempre presente que en cualquier trabajo vinculado con el desarrollo, es decir autodesarrollo de individuos y grupos es imprescindible empezar por nosotros mismos y asumir una actitud de humildad y escucha frente a los otros, valorando otros puntos de vista, tratando de ponerse en el lugar del otro y asumiendo una posición crítica y cuestionadora frente a muchas cosas que uno da por incuestionables (entre ellas las buenas intenciones de trabajar en proyectos de desarrollo), hacer el esfuerzo de tratar de ver más allá de nuestro pedazo de conocimiento especializado, fragmentado y establecer claramente las relaciones entre las herramientas y las personas.

No perder de vista el real sentido de la comunicación, es decir la construcción de conocimiento, comprensión y relación entre los sujetos y entre estos y las instituciones facilitando los intercambios y aprendizajes mutuos. Vista así la comunicación es un proceso siempre en construcción que supone que cada parte esté dispuesta a hablar, escuchar, interactuar y dialogar. Valorar los aprendizajes de historia de vida cotidiana de cada persona. Tomar en consideración al otro, no como "objeto de cambio" sino como "agente de su propio cambio".

La comunicación para la salud debe apuntar a la construcción de ciudadanía, para que la población no solo se reconozca como sujeto de derechos y obligaciones sino como protagonista de los mismos. *"La salud es responsabilidad de todos y sobre todo es un derecho y una responsabilidad ciudadana"* La comunicación para la salud debe construirse como un espacio de negociación con la población en la cual se consideran conductas, prácticas, creencias, actitudes, mundo cultural y mundo simbólico. Con fines metodológicos estos elementos se desagregan pero no debemos de perder de

vista la integralidad del ser humano. Utilizando una lógica de *investigación-acción-participativa* donde los problemas a investigar son difundidos, analizados y resueltos por los propios afectados. La meta es que la comunidad vaya siendo autogestora del proceso apropiándose de él y teniendo un control operativo (saber-hacer), lógico (entender) y crítico de él (juzgar).

Reconocer la necesidad e importancia de trabajar no solo con el público externo (usuario, beneficiario) sino también con el público interno (los proveedores de salud). Implementar un plan implica una correcta socialización entre todos los involucrados que conlleve a un compromiso. Lograr que la gente de todos los niveles sepa que tiene que hacer, como hacerlo y porque hacerlo. Cada rol debe estar claramente indicado y realizado en función a las posibilidades reales de acción (tiempo disponible, competencias). Un aspecto a considerar en ese sentido es la interacción entre los voluntarios y el personal de salud. Las relaciones que se den entre estos actores son sumamente importantes.

Todo programa, plan de comunicación para la salud debe orientar esfuerzos hacia la construcción de entornos posibilitadores. Incluso con el conocimiento, la motivación y las destrezas que se requieren, las personas a menudo enfrentan dificultades para adoptar comportamientos nuevos, especialmente si carecen del poder para cambiar las circunstancias que rodean sus vidas y obstruyen el camino que intentan seguir. Para respaldar dichas acciones se necesita de un medio o un entorno más favorable y de compromisos reales a todo nivel.

Finalmente, la metodología de trabajo de la comunicación para la salud debe incluir una etapa de sistematización y difusión de las experiencias con la finalidad de obtener lecciones, orientando el quehacer y promoviendo innovaciones conceptuales y metodológicas para no estar constantemente empezando de cero.