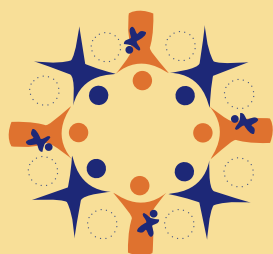
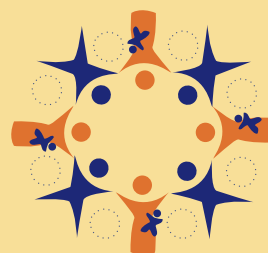
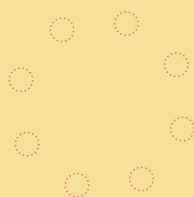
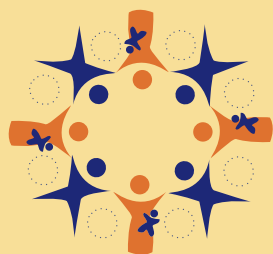
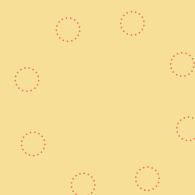
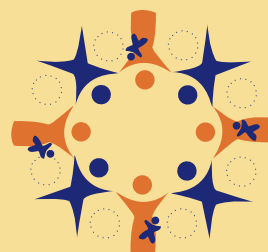
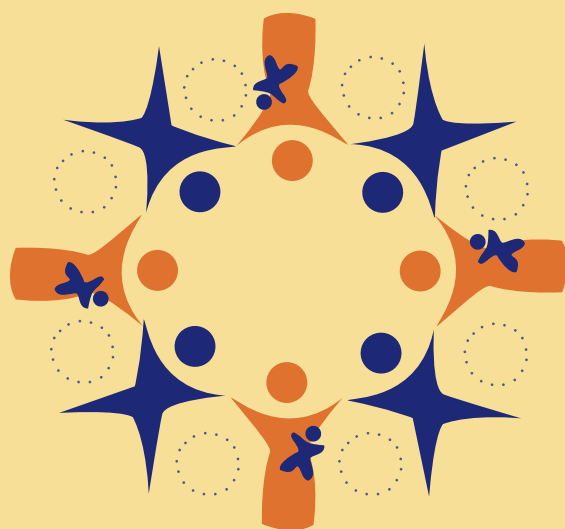


Trabajando con individuos, familias y comunidades



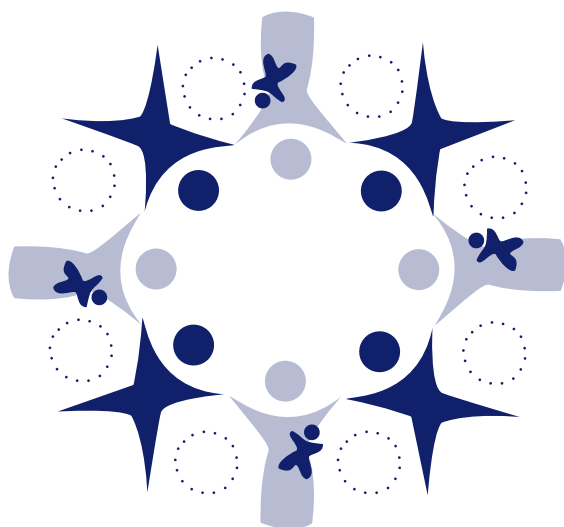
para mejorar la salud
materna y neonatal



Organización
Mundial de la Salud

Trabajando con individuos,
familias y comunidades

para mejorar la salud
materna y neonatal



**Organización
Mundial de la Salud**

Departamento de Reducir los Riesgos del Embarazo

© Organización Mundial de la Salud 2010

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Ni las designaciones que se utilizan en este documento ni los materiales presentados expresan opinión alguna por parte de la Organización Mundial de la Salud en relación con la situación legal de países, territorios, ciudades o zonas, sus autoridades o trazado de fronteras y límites. Las líneas de puntos utilizadas en los mapas representan fronteras aproximadas para las cuales puede que aún no existan acuerdos firmados.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos manufacturados no supone el aval ni la recomendación de la Organización Mundial de la Salud sobre otros productos similares que no se mencionan. Excepto error u omisión, los nombres de marcas registradas se identifican por la mayúscula inicial.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta, y no será responsable de los daños que puedan resultar de su uso.

Los autores mencionados son los únicos responsables de las opiniones expresadas en esta publicación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	v
1. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y CONCEPTOS	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 El concepto de Reducir los Riesgos del Embarazo para el trabajo con individuos, familias y comunidades.....	3
1.4 Principios orientadores	6
1.5 Marco estratégico para el desarrollo de intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades.....	7
2. ESTRATEGIAS, ENTORNOS Y ÁREAS PRIORITARIAS	9
2.1 Estrategias.....	9
Educación.....	9
Acción comunitaria para promover la salud	10
Alianzas.....	11
Fortalecimiento institucional de la salud en el distrito.....	12
Promoción local de la causa.....	12
2.2 Entornos favorables para la salud de la mujer, la madre y el recién nacido	13
Hogar saludable	13
Comunidad saludable.....	13
Servicios de atención saludables	13
Entornos favorables.....	14
2.3 Áreas prioritarias para la intervención.....	14
Desarrollar CAPACIDADES.....	15
Mayor CONCIENCIA	18
Fortalecimiento de los VÍNCULOS.....	22
Mejorar la CALIDAD.....	27
3. APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS Y LAS ESTRATEGIAS	31
3.1 Formulación de estrategias nacionales orientadas a los individuos, las familias y las comunidades	31
3.2 Evaluación inicial, selección de prioridades y planificación en el distrito	32
3.3 Implementación.....	34
3.4 Monitoreo y evaluación.....	38
4. EL PAPEL DE LA INICIATIVA DE LA MPS/OMS.....	41
4.1 Funciones específicas	42
4.2 Actividades.....	43
4.3 Alianzas	43
4.4 Perspectivas.....	44
REFERENCIAS.....	45
ANEXO 1: Promoción de la salud como base conceptual para el trabajo con individuos, familias y comunidades a fin de mejorar la salud materna y neonatal.....	51
ANEXO 2: Un modelo de resultados en el marco de reducir los riesgos del embarazo para establecer intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades.....	53
ANEXO 3: Otros materiales consultados	54



ABREVIATURAS

ABUON	Atención Básica de Urgencias Obstétricas y Neonatales
AFRO	Oficina Regional de la OMS para África
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AMRO	Oficina Regional de la OMS para las Américas
CAH	Salud de la niñez y la adolescencia/OMS
CCC	Comunicación de Cambios en el Comportamiento
CCS	Comités Comunales de Salud
COEb	Cuidados Obstétricos Esenciales básicos
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)
DOTS	Tratamiento Acortado de Observación Directa (estrategia recomendada por la OMS para el tratamiento de la tuberculosis)
EMRO	Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental
EPI	Departamento del Programa Ampliado de Inmunizaciones/OMS
ESI	Enfoques Sectoriales Integrados
EURO	Oficina Regional de la OMS para Europa
FCI	Family Care International
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
MNH/JHPIEGO	Maternal and Newborn Health/John Hopkins Program for International Education in Gynecology
GTZ	Organismo Alemán para la Cooperación Técnica [Deutsche Gesellschaft für Technische Zus (GTZ) GMBH]
IEC	Información, Educación y Comunicación
IFC	Individuos, Familias y Comunidades
IO	Investigaciones Operacionales
ITR	Infecciones Tracto Reproductor
MPS	Departamento de Reducir los Riesgos del Embarazo/OMS
NMH	Departamento de Enfermedades no Transmisibles/OMS
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OIT/STEP	Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza/OIT
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSD	Departamento de Prestación de Servicios de Salud/OMS
PAS	Prestación de Atención de Salud
PF	Planificación Familiar
RBM	Departamento "Roll Back Malaria"/OMS
RHR	Departamento de Salud Reproductiva e Investigación/OMS
SEARO	Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
Stop TB	Departamento de Stop TB/OMS
TBA	Parteras Tradicionales
TCS	Trabajador Comunitario de Salud
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WPRO	Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental



AGRADECIMIENTOS

El documento ha sido elaborado por Carlo Santarelli, consultor. El autor desea expresar su especial gratitud a varios colegas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de diferentes organizaciones, quienes han permitido concretar la idea de elaborar este documento mediante un proceso consultivo:

MPS/OMS: Annie Portela, Luc de Bernis, Helga Fogstad, Della Sherratt, Ornella Lincetto, Bocar Diallo, Rita Kabra, Adriane Martin-Hilber, Catherine Legros.

RHR/OMS: Paul Van Look.

OMS: Carla AbouZahr, Haile Mariam Kahssay, Cathy Wolfheim y Desmond O'Byrne. Otros departamentos dedicaron tiempo y proporcionaron documentos, como los departamentos de RBM, VIH/SIDA y Stop TB.

OMS/AFRO: Doyin Oluwole y Seipati Mothebesoane-Anoh.

OMS/AMRO: A Virginia Camacho.

OMS/EMRO: Ramez Mahaini.

OMS/EURO: Alberta Bacci.

OMS/SEARO: Ardi Kaptiningsih.

OMS/WPRO: Pang Ruyan y Sabai Latt.

En particular se destaca el apoyo recibido de AFRO, AMRO y SEARO al facilitar las visitas a regiones o países, y las oportunidades de intercambio con representantes regionales o nacionales. El autor está también agradecido a la OMS y a los representantes nacionales de MPS en Bolivia e Indonesia: José Antonio Pagés y Fernando Amado en Bolivia, y Georg Petersen, Laura Guarenti e Imma Batubara en Indonesia. También expresa su reconocimiento a los colaboradores en ambos países, que se tomaron la molestia de participar en las reuniones, responder a los correos electrónicos, y buscar y enviar documentos. En general, cabe señalar que todos los representantes de los países de la iniciativa MPS han promovido y apoyado el proceso.

Finalmente se agradecen las contribuciones de: France Donnay y Francesca Monetti (UNFPA), Khama Rogo (Banco Mundial), Marilen Danguilan y Abdel El Abassi (UNICEF), Evy Messel (OIT), Jill Sheffield y Ann Starrs (Family Care International), Yanick Guiteau Dandin (Enfants du Monde Haiti), Theresa Shaver (The White Ribbon Lliance), Mona Moore (Consultant), Mary-Josée Burnier (Fundación Suiza para la Promoción de la Salud), Jacques Mader (Cooperación Suiza para el Desarrollo) y Jerker Liljestrand (consultor, Malmö University Hospital MAS).



RESUMEN

El departamento “Reducir los Riesgos del Embarazo” (MPS, Making Pregnancy Safer) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se creó con el propósito de apoyar los esfuerzos de la OMS en pos de una Maternidad sin Riesgo. MPS declara que se requieren tanto el mejoramiento de los servicios de salud como acciones comunitarias para asegurar que las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a la atención apropiada cuando la necesiten.

MPS considera que el trabajo con individuos, familias y comunidades es el enlace fundamental que asegura la continuidad recomendada de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además, se reconoce que la disponibilidad de servicios de calidad no producirá los resultados de salud deseados si no hay posibilidades de que las personas se mantengan sanas, tomen decisiones saludables y puedan actuar conforme a ellas.

Basándose en el enfoque de la Promoción de la Salud esbozado en la Carta de Ottawa, el presente documento propone un marco para establecer intervenciones con individuos, familias y comunidades con el fin de mejorar la salud materna y neonatal. Es el primer paso en la iniciativa MPS/OMS hacia la elaboración de un enfoque uniforme y válido, orientado a los individuos, las familias y las comunidades.

El objetivo de trabajar con los individuos, las familias y las comunidades es contribuir al empoderamiento^a de las mujeres, las familias y las comunidades para mejorar y aumentar el control de la salud materna y neonatal, así como para aumentar el acceso a servicios de salud de calidad y su utilización, en particular a aquellos proporcionados por asistentes calificados para atender partos. Las intervenciones se organizan en cuatro áreas prioritarias:

- desarrollo de **CAPACIDADES** para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las emergencias obstétricas y neonatales;
- mayor **CONCIENCIA** de los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal;
- fortalecimiento de los **VÍNCULOS** para lograr el apoyo social entre las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, y el sistema de prestación de atención de salud;
- mejoramiento de la **CALIDAD** de la atención, los servicios de salud y las interacciones con mujeres, hombres, familias y comunidades.

Se recomienda una estrategia integradora, con intervenciones en cada una de las cuatro áreas prioritarias. La complejidad de la salud materna y neonatal, y el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades exigen un enfoque integrado que maximice los beneficios de una amplia variedad de actividades, realizadas en lo interno, dentro del sistema de salud, y en lo externo, con otros sectores (enfoque intersectorial), en particular con programas educativos y de generación de ingresos.

La iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” tiene funciones específicas, basadas en la misión y las ventajas comparativas de la OMS. La iniciativa dedicará importantes esfuerzos a trabajar con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal mediante las siguientes actividades:

- organizar la base de la evidencia, incluidas las investigaciones y experiencias relacionadas con esta área;
- destacar activamente la importancia fundamental de este trabajo; y
- establecer alianzas para promover esta área.

^a En la carta de Ottawa se refiere a proporcionar los medios. <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
En este documento se utiliza el término empoderamiento.



1. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y CONCEPTOS

1.1 Introducción

La iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” (MPS) fue lanzada en el año 2000 con el propósito de reforzar las actividades de la OMS en pos de una Maternidad sin Riesgo. El objetivo de la iniciativa (actualmente un Departamento en la OMS) es ayudar a los países a fortalecer su sistema de salud, concentrándose en intervenciones basadas en la evidencia y orientadas a combatir las causas principales de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal. Se declara que tanto el mejoramiento de los servicios de salud para la mujer y el recién nacido como las acciones comunitarias son requisitos necesarios para asegurar que las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a la atención brindada por personal calificado cuando la necesiten. Además, se hace hincapié en el importante papel que desempeñan las mujeres, sus parejas, las familias y la comunidad en general en el mejoramiento de la salud.

La finalidad de este documento es establecer una visión y un enfoque comunes, así como identificar el papel de la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” de la OMS en el trabajo con las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades a fin de mejorar la salud materna y neonatal. En la primera parte del documento se definen los conceptos, los valores y los principios orientadores. En la segunda parte, se presentan las estrategias, los entornos y las áreas prioritarias de intervención. En la tercera parte, se propone un proceso de implementación. Por último, en la cuarta parte se consideran el papel y las funciones de la iniciativa MPS/OMS.

El principio conceptual para la preparación del documento es el enfoque de la Promoción de la Salud esbozado en la Carta de Ottawa de 1986¹, que recalca el papel activo y positivo desempeñado por los individuos y los grupos para mejorar la salud, y sus diversos efectos en la salud (véase el Anexo 1 para obtener una exposición breve del concepto de la Promoción de la Salud). Otras referencias importantes incluyen varias estrategias regionales y nacionales de la OMS para trabajar con la comunidad a fin de fomentar la salud materna y neonatal, así como el informe de una consulta informal sobre el tema, que se llevó a cabo en la sede de la OMS en octubre de 2001.

Los destinatarios primarios de este documento son sus principales colaboradores: el equipo mundial de la OMS para Reducir los Riesgos del Embarazo, demás personal de la OMS abocado al fomento de la salud materna y neonatal, los colaboradores para lograr la Maternidad sin Riesgo y otros especialistas técnicos en áreas afines. El documento es el fruto de un proceso consultivo, que incluyó visitas a Bolivia e Indonesia, la participación en la reunión de los directores de programas de Salud Reproductiva de la Región de África, y reuniones con Asesores en Salud Reproductiva de la OMS y colaboradores.



1.2 Antecedentes

La iniciativa MPS

La iniciativa MPS tiene como objetivo la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales, al contribuir en el mejoramiento de la atención prestada a las mujeres embarazadas, y aumentar el número de mujeres y recién nacidos que se benefician con los servicios de personal calificado durante el embarazo, el parto y el puerperio. MPS se concentra en seis áreas de trabajo: 1) promoción de la causa, 2) apoyo técnico a los países, 3) establecimiento de alianzas, 4) elaboración de normas, pautas e instrumentos, 5) investigación; y 6) monitoreo y evaluación de las actividades a nivel global.

//////
Cada año: quedan embarazadas cerca de 210 millones de mujeres; alrededor de 30 millones de éstas sufren complicaciones y 515.000 mueren; 3 millones de bebés son mortinatos, otros 4 millones mueren en la primera semana de vida y millones más sufren alguna discapacidad. Desde hace mucho tiempo, se sabe que muchas de estas tragedias son en gran parte evitables.^b
//////

Fundamentos de la iniciativa MPS/OMS para el trabajo con individuos, familias y comunidades

Los fundamentos se basan en una amplia gama de experiencias y lecciones aprendidas en la iniciativa “Maternidad sin Riesgo” durante los diez últimos años, en la comprobación de la eficacia del concepto de la OMS de la Promoción de la Salud, y en diversas declaraciones y el consenso del ámbito internacional sobre la importancia de los papeles desempeñados por los individuos, las familias y las comunidades en el mejoramiento de la salud (véase el recuadro).

Con esta base sólida, la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” de la OMS señala que el papel activo de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, junto con el desarrollo de sus capacidades para la salud y la elección de alternativas saludables son esenciales para lograr mejorías en la salud materna y neonatal. Además, debido a la índole personal, familiar y social del embarazo y el parto, la iniciativa considera esencial desarrollar capacidades para asegurar un entorno familiar y comunitario de apoyo y compromiso.

- La conferencia de Alma-Ata en 1978
- La Carta de Ottawa de 1986
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994
- La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995
- La declaración conjunta de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial sobre Reducción de la Mortalidad Materna, emitida en 1999

MPS también expresa que el trabajo con individuos, familias y comunidades es el enlace fundamental para asegurar la continuidad recomendada de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para que sea eficaz, el continuo de atención debe abarcar desde la mujer, su familia y la comunidad al prestador de servicios de salud y a los mismos servicios de salud, incluido el acceso a la atención obstétrica y neonatal esencial. Esta continuidad también facilita el acceso a proveedores

^b Mortalidad materna en 1995. Estimaciones realizadas por la OMS, UNICEF y UNFPA. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2001.



calificados para atender partos cuando surgen complicaciones obstétricas y neonatales, que han sido identificadas como uno de los factores determinantes de la prestación de atención de salud más críticos para la supervivencia de las mujeres y los recién nacidos.

Por último, en conformidad con el *Marco de la OMS para la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud* (1999), la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” subraya que los individuos, las familias y las comunidades –en sus decisiones y acciones relacionadas con la salud, y sus expectativas en cuanto a los servicios de salud– son actores y recursos importantes de los sistemas de salud^{2,3}. Por lo tanto, un enfoque del sistema de salud intrínsecamente incluirá estrategias para el trabajo con servicios de salud, así como otras para el trabajo con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud.

1.3 El concepto de Reducir los Riesgos del Embarazo para el trabajo con individuos, familias y comunidades

El concepto del trabajo con individuos, familias y comunidades, propuesto por la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo”, se origina en el enfoque de Promoción de la Salud, definido como “el proceso de fortalecer las capacidades a las personas y a los grupos para ejercer un mayor control sobre su salud y calidad de vida, para poder así mejorarlas”¹.

La disponibilidad de servicios de calidad no producirá las mejorías de salud deseadas si las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades no tienen posibilidades de mantenerse sanos, de tomar decisiones saludables y de actuar en consecuencia. Las intervenciones en el ámbito de los individuos, las familias y las comunidades fomentarán entornos propicios para la supervivencia y también para la salud de mujeres, recién nacidos, familias y comunidades.

El propósito de trabajar con los individuos, las familias y las comunidades es contribuir al empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades para mejorar la salud materna y neonatal y ejercer un mayor control sobre ella, así como para ampliar el acceso a servicios de salud de calidad, y su utilización, en particular a aquellos proporcionados por personal calificado para atender partos.

- El *empoderamiento* se define como un proceso mediante el cual las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades asumen el control de la salud materna y neonatal, y de los problemas potenciales relacionados. El empoderamiento les permite actuar tanto individual como colectivamente para fomentar la salud materna y neonatal.
- Con respecto al *acceso y la utilización de los servicios de salud* y la atención por parte de personal calificado, el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades permitirá establecer procesos y acciones, según sea necesario en los diferentes contextos, para asegurar a las mujeres y sus hijos recién nacidos el acceso a la atención de calidad cuando la necesiten.

Se lograrán los objetivos mediante estrategias de educación, la acción de la comunidad para la salud, alianzas, el fortalecimiento institucional y la promoción de la causa en el ámbito local, todos implementados en gran parte en los entornos de la familia, la comunidad y los servicios de salud (el concepto de “entornos” se expone con más detalle en la siguiente sección). Las intervenciones para el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades se agrupan en cuatro áreas prioritarias:



- desarrollo de **CAPACIDADES** para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las emergencias obstétricas y neonatales;
- mayor **CONCIENCIA** de los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal;
- fortalecimiento de los **VÍNCULOS** para lograr el apoyo social entre las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, y el sistema de prestación de asistencia de salud;
- mejoramiento de la **CALIDAD** de la atención, los servicios de salud y las interacciones con mujeres, hombres, familias y comunidades.

Se recomienda una estrategia abarcadora que incluya intervenciones en cada una de las cuatro áreas prioritarias. Es preciso desarrollar una mayor capacidad y aumentar la conciencia de mujeres, hombres, familias y comunidades; así como fortalecer los vínculos en las comunidades, y entre las comunidades y los servicios de salud. Además, la implementación de estas intervenciones no logrará su efecto total si se carece de servicios de salud para la mujer y el recién nacido, o los servicios no tienen la calidad necesaria. Estas cuatro áreas funcionan en forma sinérgica para mejorar la salud materna y neonatal. Se dará importancia especial a las diferentes intervenciones que abordan la situación de las mujeres, en particular dentro de la familia. Los resultados, tanto positivos como negativos, en la salud de las mujeres embarazadas y los recién nacidos están determinados en gran medida por decisiones tomadas dentro del hogar.

Para que las mejoras de la salud materna y neonatal sean sostenibles, tienen que ser concebidas con el propósito de facilitar el desarrollo de **CAPACIDADES** individuales y sociales. Las intervenciones contemplarán cómo apoyar el papel activo de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades en el fomento de la salud materna y neonatal, más allá de medidas que los limitan a ser receptores pasivos de los mensajes y la atención.

El autocuidado, o cuidado personal, se define como las capacidades para llevar una vida sana, los cuidados relacionados con la salud y la toma de decisiones saludables, incluida la búsqueda de atención. El autocuidado es un comportamiento social que se aprende en contextos culturales⁴. Las mujeres, los hombres y las familias tienen capacidades para el autocuidado, que se aplican en el área de la salud materna y neonatal. Las medidas que se adopten tendrán como finalidad aumentar y mejorar esas capacidades, como el conocimiento, la capacidad cognitiva y la competencia en materia de salud para elegir opciones saludables.

En el desarrollo de capacidades, la mejor manera de avanzar serán las alianzas con el sector educativo, organizaciones no gubernamentales (ONGs), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otros organismos internacionales. Se realizarán intervenciones en los lugares de trabajo, las escuelas, la educación de adultos y mediante la comunicación a través de múltiples canales como estrategias que se interactúan. Los trabajadores de salud y los prestadores calificados, en particular las parteras profesionales^c, también pueden contribuir a mejorar las capacidades. El efecto multiplicador de estos esfuerzos influenciará las normas socioculturales que son la causa del bajo nivel que ocupan las mujeres y la inequidad por razón de sexo. La educación de las niñas también será una prioridad ya que se ha establecido una relación clara entre el acceso a la educación y la alfabetización para las niñas, y la reducción de la mortalidad materna⁵.

Estrechamente vinculado con el desarrollo de capacidades está la generación de una mayor

^c La frase “partera profesional” equivale a los términos “matrona”, “obstetriz” y “obstétrica”.



CONCIENCIA de los problemas relacionados con el sexo, y las dimensiones de la salud materna y neonatal, incluidas las causas directas e indirectas de la morbilidad y la mortalidad, la atención apropiada y las respuestas adecuadas ante emergencias. El mayor reconocimiento de que la maternidad y el parto sin riesgo son derechos humanos, la promoción del papel de los hombres como parejas y padres, y el fomento del apoyo de otros miembros influyentes^d de la familia y la comunidad son intervenciones clave para aumentar la conciencia sobre las necesidades de salud materna y neonatal, y reducir las inequidades por razón de sexo. Estos esfuerzos también contribuyen a prevenir la violencia y la discriminación contra la mujer, factores que conducen a embarazos no deseados y resultados adversos de ellos, así como también al bajo peso al nacer. En los procesos de aumentar la conciencia, resulta pertinente abordar la salud sexual y reproductiva del adolescente, a fin de reducir los embarazos en adolescentes y el maltrato por razón de sexo.

La conciencia individual y colectiva, y las capacidades se incrementarán mediante la creación o el fortalecimiento de *redes sociales*, que pueden colaborar e interactuar con *redes de servicio de salud*.

La participación comunitaria en el análisis de la información sobre la salud materna y neonatal crea conciencia de los problemas y, al mismo tiempo, estimula el apoyo y la participación social en la solución de esos problemas. Esta participación contribuye al establecimiento de mecanismos que facilitan la transparencia y la rendición de cuentas de los servicios de salud ante la comunidad.

La conciencia individual y colectiva, y las capacidades se incrementarán mediante la creación o el fortalecimiento de *redes sociales*, que pueden colaborar e interactuar con *redes de servicios de salud*. Las alianzas entre los individuos, las organizaciones comunitarias y otros actores del sistema de salud del distrito y comunitario constituyen la base de las redes sociales. Se deben considerar todos los actores y recursos, incluidos los proveedores tradicionales, los comités de desarrollo sanitario, las ONGs y el gobierno local. Las organizaciones y las estructuras de la red social pueden participar al analizar la situación de la salud materna y neonatal, buscar soluciones a problemas de transporte y gastos de salud, contribuir a mejorar la calidad de la atención, colaborar en los procesos de promoción de la causa en el ámbito local, y movilizar recursos y la educación para la salud. En particular, los sistemas de financiamiento de salud comunitaria pueden aumentar el acceso a la salud y estimular la acción comunitaria en pos de esta última.

Las actividades de la red social fortalecen los **VÍNCULOS** entre las embarazadas, las madres y sus recién nacidos, la familia y la comunidad en general, y también refuerzan los vínculos con los servicios de salud. Estos vínculos fomentan las alianzas de trabajo para actividades complementarias y coordinadas, orientadas a la promoción y la protección de la salud materna y neonatal. Se necesitan estas estructuras para incrementar la relación entre el autocuidado y la atención prestada por profesionales. Los vínculos también pueden mejorarse mediante el establecimiento de funciones claras para las parteras tradicionales existentes, asegurando relaciones apropiadas con el sistema oficial de prestación de asistencia sanitaria. Éste sigue siendo un aspecto esencial en varios países donde las parteras tradicionales siguen brindando atención. Al difundir los mensajes de salud y convocar el apoyo social, se pueden considerar las alianzas entre las parteras tradicionales y los asistentes calificados para atender partos, y su papel dentro del sistema de referencia.

Si bien es importante facilitar a las comunidades el ejercicio de sus derechos y el trabajo con el sector sanitario, es igualmente esencial capacitar a este sector para el trabajo con las comunidades. Se puede lograr un inicio sólido de la colaboración entre las comunidades y los servicios de salud mediante enfoques que incluyan a la comunidad en la definición y el monitoreo de la **CALIDAD** de la atención. El concepto

^d En este documento, el término “influyente” se usa para caracterizar a las personas que influyen las decisiones que se toman.



de los individuos, las familias y las comunidades en la MPS entraña un enfoque de la calidad centrado en la comunidad; por consiguiente, la participación comunitaria es un elemento clave al definir la calidad.

Además de promover mejores servicios y mayor satisfacción en relación con los servicios, la participación comunitaria en la definición de la calidad también fortalece las relaciones entre el servicio de salud y la comunidad. También se abordan mediante estos enfoques los factores determinantes de la utilización, como la creencia en la eficacia de la atención y en la efectividad de la atención disponible para resolver los problemas de salud, y la percepción de la sensibilidad de las realidades socioculturales. Otras maneras de mejorar la calidad de la atención de salud materna y neonatal incluyen desarrollar capacidades interculturales e interpersonales en los prestadores, y asegurar un entorno de apoyo y cuidados durante el parto.

Los aliados internacionales y nacionales deben abordar los factores fundamentales que afectan la salud materna y neonatal, en particular la pobreza, la equidad entre hombres y mujeres y la educación de niñas y mujeres para obtener, en el largo plazo, las mejoras deseadas. Las intervenciones de los individuos, las familias y las comunidades deben llevarse a cabo en estrecha colaboración con estas actividades de promoción de la causa dentro del sistema de salud del distrito, y también resulta aconsejable generar conciencia acerca de los problemas, mejorar la calidad de los servicios, forjar alianzas con otros sectores e influir en las decisiones relacionadas con la búsqueda de soluciones y la asignación de recursos para promover la salud materna y neonatal.

La prevención de los embarazos no deseados y las infecciones del tracto reproductor (ITR), el paludismo, el VIH y el SIDA, y la prevención y el manejo de abortos riesgosos representan otras necesidades sexuales y reproductivas conexas que es preciso abordar en el plano individual, familiar y comunitario, cuando sea pertinente. En particular, se debe considerar la salud sexual y reproductiva de la adolescencia mediante una sólida colaboración con el Departamento de Salud y Desarrollo de la Niñez y la Adolescencia (CAH) de la OMS. La salud, sea deficiente o buena, es un fenómeno acumulativo que refleja las experiencias en el desarrollo de un individuo con el transcurso del tiempo (enfoque del ciclo de salud de la familia).^{6,7}

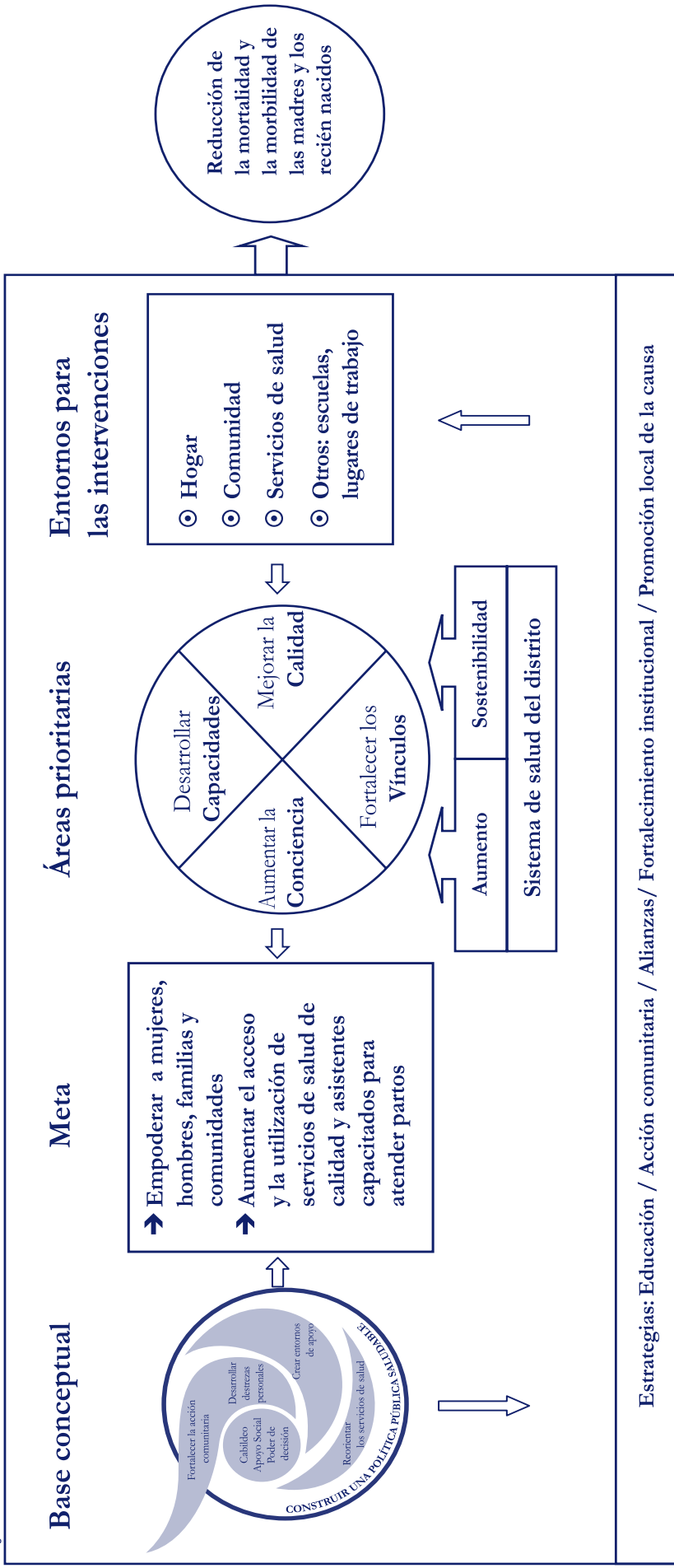
La complejidad de la salud materna y neonatal, y el trabajo con el individuo, la familia y la comunidad exigen un enfoque integrado que maximice los beneficios de una amplia variedad de actividades, realizadas en forma interna, dentro del sistema de salud y en forma externa, con otros sectores, en particular con programas educativos y de generación de ingresos. Las estrategias integrales, basadas en sinergias entre las áreas de intervención, deben responder a las necesidades y las prioridades de una región, un país y un distrito específicos. Sencillamente, no hay ninguna panacea.

1.4 Principios orientadores

Los principios que guían el trabajo con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud de materna y neonatal son: 1) buscar la justicia social y la reducción de la pobreza para resolver las inequidades en materia de salud; 2) facilitar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres, los hombres, los adolescentes y los recién nacidos; 3) respetar los valores básicos del derecho de elección, la dignidad, la diversidad y la igualdad; 4) abordar los problemas de sexo y tener sensibilidad cultural; 5) hacer hincapié en los recursos sociales y personales existentes. Estos principios constituyen la base fundamental para la aplicación del marco estratégico de las intervenciones a nivel de individuos, familias y comunidades, que se presenta a continuación.

1.5 Marco estratégico para el desarrollo de intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades

La promoción de la salud es “un proceso de capacitar a las personas y los grupos para ejercer un mayor control de su salud y calidad de vida, para poder así mejorarlas”³



Adaptado del concepto de la Promoción de la Salud en Indonesia, Healthy Indonesia, julio de 2002⁸

Diagrama de la promoción de la salud (consulte la página 46 para ver una imagen ampliada) adaptado de National Safe Motherhood Action Plan 2001-2005: Western Pacific Region⁹





2. ESTRATEGIAS, ENTORNOS Y ÁREAS PRIORITARIAS

2.1 Estrategias

En esta sección del documento, se describen las estrategias para lograr el objetivo de trabajar con individuos, familias y comunidades a fin de mejorar la salud materna y neonatal. Se han seleccionado estas estrategias por su perspectiva a largo plazo, su capacidad de alcanzar los objetivos propuestos y su relación con las áreas prioritarias de intervención establecidas. Estas estrategias son adecuadas para interactuar y se refuerzan recíprocamente.

Educación

La educación se menciona en la Declaración de Alma-Ata como el primero de ocho elementos esenciales de la atención primaria de salud, y se la considera uno de los factores más importantes que influyen en la salud materna y neonatal^{10, 11}. En este documento, el término educación se refiere a: a)

la educación para la salud y la responsabilidad del sector sanitario; y b) la colaboración del sector sanitario con el sector educativo (educación básica y de los adultos). El término “alfabetización en salud» a menudo se define como “el grado de capacidad que tienen los individuos para obtener, procesar y comprender la información y los servicios de salud básicos, necesarios para tomar decisiones apropiadas en materia de salud”¹⁰. La educación para los individuos, las familias y las comunidades aumenta la alfabetización en salud y proporciona a mujeres, hombres, familias y comunidades los conocimientos y las capacidades para actuar y para mantener, preservar, promover y mejorar la salud materna y neonatal.

El “diálogo con la comunidad” reconoce el papel central de las comunidades en la toma de decisiones y la implementación de acciones que tienen un impacto en la salud y el bienestar.

Se requiere una perspectiva amplia de la educación para la salud, que incluya:

- los factores intrapersonales (conocimientos, actitudes, comportamientos, concepto personal, capacidades);
- los procesos interpersonales (sistemas de apoyo social, familias, grupos de trabajo);
- los factores institucionales (instituciones sociales y sanitarias);
- los factores de la comunidad (relaciones entre organizaciones y grupos); y
- la política pública (leyes y políticas nacionales y locales).¹²

Los enfoques de comunicación, como la información, la educación y la comunicación (IEC), el mercadeo social y la comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) representan intentos sistemáticos de influenciar positivamente las prácticas de salud de grandes poblaciones.¹¹ Su meta principal es producir mejoras en las prácticas relacionadas con la salud. El enfoque de individuos, familias y comunidades promovido por MPS propone combinar los enfoques de comunicación con los enfoques de educación para la salud para lograr el empoderamiento.



Distinguimos aquí entre el enfoque de educación propuesto para la MPS y los enfoques de comunicación mencionados, porque el primero promueve el apoyo social y tiene una meta final de empoderar a los individuos y las comunidades, en lugar de poner énfasis en lograr un comportamiento deseado.¹¹ Más específicamente, se promoverán los enfoques de educación socio-interaccionista como la base teórica, dado que ofrecen mayores probabilidades de empoderar a los individuos y los grupos.¹³ Además, los procesos educativos deben estar orientados a crear el conocimiento y no a suministrarlo. El supuesto básico es que el conocimiento se genera y se obtiene mediante un proceso de reflexión crítica y deliberación donde el conocimiento nuevo se vincula con el existente.¹⁴

La colaboración con el sector educativo en los programas de educación básica y para adultos es un complemento de las actividades de educación para la salud. Se puede lograr esto principalmente mediante la introducción en estos programas de temas de salud materna y neonatal, y de salud reproductiva. Esta colaboración proporciona una manera económica de influenciar algunos de los factores fundamentales que afectan la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, incluidas las normas sociales relacionadas con la situación de las mujeres, la sexualidad y las capacidades para el cuidado personal.¹⁵

Acción comunitaria para promover la salud

Dentro de la iniciativa MPS, se define a la comunidad como un grupo de personas relacionadas que tienen necesidades y problemas comunes. El concepto de comunidad va más allá de una expresión geográfica (que es el significado de uso más frecuente). Se debe dejar a un lado la visión idealista de la comunidad, como la de ser un grupo homogéneo, con valores y normas compartidos, que tiene una personalidad colectiva y disposición para colaborar con el fin de resolver los problemas. Cuando se trabaja con los individuos, las familias y las comunidades, es preciso tener en cuenta las diferencias y los intereses económicos y sociales existentes en la comunidad. Las intervenciones en el ámbito de las comunidades deben comenzar con una identificación clara e inequívoca, basada en criterios económicos y sociales, de las personas que constituyen la “comunidad”¹⁶.

El concepto de intervenciones de individuos, familias y comunidades abarca el modelo de “acción comunitaria para la salud”, definida como “un proceso completo y sostenible en el que cualquier comunidad –sea social, geográfica o profesional– participa como un asociado de pleno derecho en todas las etapas del proceso de atención de la salud. La identificación de las necesidades, la selección de las prioridades, la planificación, la implementación y la evaluación de las actividades se llevan a cabo en estrecha cooperación con el sector sanitario, así como con otros sectores pertinentes”¹⁷.

Al igual que la educación, la acción comunitaria para la salud es fundamental en todas las áreas prioritarias de las intervenciones esbozadas a continuación. La comunidad tiene un papel particularmente importante que desempeñar en el fortalecimiento de los vínculos con los servicios de salud (proyectos de financiamiento y de transporte), en el aumento de la conciencia de las necesidades de salud materna y neonatal (vigilancia epidemiológica de las comunidades, etc.) y el mejoramiento de la calidad de la atención (participación comunitaria en la determinación de la calidad). En estas áreas, el mayor conocimiento por parte de la comunidad se traduce en más acciones para promover la salud y una participación más amplia en la solución de problemas, destinada a satisfacer las necesidades de salud materna y neonatal.

^e Ejemplos: Unité Communautaire de Santé en Haití, Sistemas Integrales de Atención en Salud en Guatemala, Desarrollo Impulsado por la Comunidad, promovido por el Banco Mundial.



El “diálogo comunitario” (entre la comunidad y los servicios de salud) es una metodología innovadora que puede servir para mejorar la comprensión mutua y el conocimiento de la realidad, las perspectivas y las condiciones de la otra parte.^{18, 19} Dentro de la metodología reconocemos la importancia del conocimiento actual de la comunidad como punto de partida, de la introducción de información sobre las necesidades de salud materna y neonatal para el análisis y el debate, y del papel esencial de las comunidades en decisiones y acciones que influyen su salud y bienestar.

En armonía con un enfoque de promoción de la salud, el “diálogo comunitario” busca empoderar a los individuos y a los grupos y facilitar una comprensión más profunda de los esfuerzos de las comunidades, las familias y las mujeres para promover los embarazos y partos saludables, de tal modo que las intervenciones y las contribuciones externas sean más pertinentes y apropiadas.^{18, 19} El diálogo es un proceso de discusión propicio para el intercambio de ideas y opiniones, cuya meta final es encontrar una solución.

Alianzas

La alianza se define como “una relación de colaboración entre entidades con el propósito de trabajar para alcanzar objetivos comunes mediante una división consensuada del trabajo.”²⁰ El establecimiento de alianzas es un elemento esencial del proceso de implementación del componente vinculado con los individuos, las familias y las comunidades, según se describe en las partes 3 y 4 más adelante. Se prevén alianzas en el ámbito nacional (dentro del sistema de salud del distrito y en forma externa, con otros sectores), regional e internacional (entre los diferentes organismos de Naciones Unidas, organizaciones bilaterales, organismos de asistencia técnica y ONGs internacionales). La formación de alianzas entre diversas organizaciones, incluidos ministerios, organismos internacionales, grupos comunitarios, ONGs y grupos privados –en el ámbito tanto nacional como intermedio y de distrito–, es esencial para ampliar el alcance y la continuidad de las intervenciones.

Alianzas dentro del sistema de salud del distrito

Diversos países cuentan con antecedentes en la formación de alianzas para facilitar la coordinación entre los servicios de salud pública y privada, y entre el ministerio de salud, las ONGs y las organizaciones comunitarias^e. La OMS ha tenido experiencias similares conocidas como “sistemas y alianzas locales para la salud”²¹. Las alianzas distritales son esenciales para asegurar la coordinación y la convergencia de los esfuerzos, asegurar la calidad y evitar la duplicación de esfuerzos. Además, la coordinación formal entre actores públicos y privados sería útil para elaborar una planificación sanitaria coherente en el ámbito local, intermedio y nacional.

Alianzas intersectoriales

De conformidad con un enfoque de promoción de la salud y con varias resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud que promueven el concepto de acción intersectorial,²¹ factores determinantes como la nutrición, la educación para las mujeres y la infraestructura de transporte deben ser incluidos en los esfuerzos para mejorar la salud materna y neonatal. En el ámbito nacional, se deben promover alianzas intersectoriales con los ministerios, organismos internacionales y ONGs pertinentes. En el distrito del sistema de salud, las alianzas intersectoriales brindan oportunidades al gobierno local, las ONGs, las organizaciones de la sociedad civil y otros interesados directos para colaborar activamente en el fomento de la salud materna y neonatal. Se deben tener en cuenta las plataformas o colaboraciones existentes, sea en el ámbito nacional o local.



Es preciso fortalecer los esfuerzos intersectoriales que vinculan actividades sociales y de desarrollo con asuntos maternos y neonatales, por ejemplo, los proyectos relacionados con la agricultura que aumentan la cantidad y la variedad de alimentos apropiados para la nutrición de las embarazadas, y las actividades de microcréditos y microempresas que se combinan con planes de seguros médicos. Los esfuerzos intersectoriales no se basan en estructuras oficiales y rígidas, y tampoco son programas de desarrollo integral, más bien se centran principalmente en el intercambio de información, la colaboración y la coordinación.

Los enfoques coordinados como el Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo (UNDAF) pueden ayudar a reducir al mínimo la duplicación y el desperdicio de esfuerzos en el distrito. El marco procura incorporar todos los organismos de las Naciones Unidas y el Banco Mundial en el desarrollo de actividades de programas conjuntos, basados en enfoques intersectoriales coordinados.²² También se han promovido los enfoques sectoriales integrados (ESI) con el fin de crear mecanismos basados en las necesidades para mancomunar los recursos disponibles y asignarlos a la atención primaria, con la intención de mejorar la gestión y los resultados de la cooperación.^{22, 23}

Fortalecimiento institucional de la salud en el distrito

Conforme se produce la descentralización, las medidas y la planificación deben considerar el fortalecimiento institucional de las organizaciones de distrito y comunitarias para que puedan asumir en forma activa la propiedad de las estrategias de salud materna y neonatal. Tal vez sea preciso aumentar las competencias para la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de los programas en el distrito y la comunidad, incluidos el diagnóstico comunitario, los enfoques participativos, y la elaboración de instrumentos y metodologías de evaluación. En el análisis situacional inicial, será importante identificar los recursos y las carencias existentes con relación a las capacidades que son necesarias. En la etapa de planificación, se debe formular una estrategia de desarrollo de capacidades que tenga en cuenta las carencias identificadas²⁴. Se han identificado como factores clave para el desarrollo de los sistemas de salud de distrito el financiamiento sostenible, las capacidades de gestión para la implementación y la capacidad de organización.²⁵ En las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades, es necesario evaluar las capacidades para la movilización de la comunidad, el diálogo con la comunidad, la comunicación, la investigación, los enfoques educativos y la capacidad para interactuar con la comunidad. Estas actividades deben ser incorporadas en los procesos ya existentes de fortalecimiento institucional.

Promoción local de la causa

Las actividades de los individuos, las familias y las comunidades deben realizarse en estrecha colaboración con los esfuerzos de promoción de los programas de salud materna y neonatal. Varias intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades están orientadas a la promoción de la causa, mediante el aumento de las “demandas” de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades; y una mayor conciencia de la comunidad en materia de problemas de salud materna y neonatal, y la participación en las decisiones adoptadas en el distrito destinadas a encontrar soluciones y asignar recursos. Sin embargo, se requieren un aumento de las demandas y una mayor participación no sólo para cambiar las políticas y crear un entorno propicio, sino que también para empoderar a los individuos y los grupos. Los medios de comunicación serán un asociado importante en la labor de promoción, sea del programa más amplio de salud materna y neonatal o las actividades con los individuos, las familias y las comunidades.



2.2 Entornos favorables para la salud de la mujer, la madre y el recién nacido

El concepto de entornos saludables, según se define en la iniciativa de “Promoción de la Salud”, es un enfoque eficaz que persigue la creación de un conjunto integral de intervenciones en un contexto físico definido para proporcionar un entorno saludable y propicio.²⁶ Cabe señalar que los entornos, tal como se usa en Promoción de la Salud, difieren de los canales de comunicación o los grupos destinatarios. Los entornos de especial importancia para la salud materna y neonatal son el hogar, las comunidades y los servicios de salud. Otros entornos favorables son las escuelas y los lugares de trabajo. Según el contexto regional y nacional, pueden identificarse entornos adicionales (por ejemplo, islas saludables en el caso de la Región de la OMS del Pacífico Occidental).

Hogar saludable

En este documento, el “hogar” se considera un entorno equivalente a la familia. La familia se refiere a “cualquier grupo de personas que asume la responsabilidad de la salud materna y neonatal”⁶. Los resultados de salud en las mujeres embarazadas y los recién nacidos, tanto positivos como negativos, son determinados en gran parte por decisiones tomadas por la pareja y la familia dentro del hogar. Los hogares saludables implican mayores capacidades y mayor conciencia de las mujeres, los hombres y la familia para la búsqueda y la utilización de atención de personal calificado, el apoyo de la pareja y la familia durante el embarazo y el puerperio, una mejor nutrición y una situación más beneficiosa de la mujer dentro del hogar.

Comunidad saludable

Una comunidad saludable para las embarazadas, las madres y los recién nacidos es una comunidad informada, participativa y de apoyo, que desempeña una función activa para favorecer el acceso a la atención de personal calificado, como la creación de sistemas de financiamiento y de transporte, y apoya otras necesidades de salud materna y neonatal, por ejemplo, la reducción del volumen de trabajo de las embarazadas, el apoyo a la lactancia materna y otras medidas. Se tendrá en cuenta el papel de los hombres y otras personas con influencia y de los responsables de tomar decisiones cuando se diseñen programas comunitarios saludables destinados a promover la salud materna y neonatal.

Servicios de atención saludables

En el caso de la salud materna y neonatal, los servicios de atención de salud incluyen los cuidados obstétricos esenciales básicos (COEb) en el nivel primario y de referencia (dispensario, centro de salud, hospital de distrito) para reducir al mínimo las demoras y recibir tratamiento adecuado en el establecimiento.²⁷ Basándose en el aporte de la comunidad, el entorno de los servicios de salud, incluidos los servicios prestados y las modalidades de atención, puede ser modificado de modo tal que los servicios sean más receptivos, adecuados, apropiados y sensibles a aspectos relacionados con las diferencias entre sexos y la cultura de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades. Algunos ejemplos de los aspectos que se pueden abordar incluyen los horarios de los servicios de emergencia con el fin de asegurar la participación masculina, los períodos de espera, el respeto, los colores y la temperatura de la habitación, la devolución de la placenta después del parto, el



acceso de los miembros de la familia durante la atención y el parto, el suministro de información y orientación apropiadas, el equipo apropiado para los COEb y la disponibilidad de prestadores de los servicios que hablen los idiomas locales.^{28, 29}

Entornos favorables

Escuelas: Como enuncia el UNICEF, el sistema educativo oficial es “el canal más amplio y más profundo del mundo en desarrollo para poner información a disposición de las familias, el personal escolar y los miembros de la comunidad y los estudiantes”.^{30, 31} Los programas de salud escolar aplicados por medio de escuelas promotoras de la salud pueden ser uno de los factores esenciales para abordar aspectos de la salud reproductiva.³² Las escuelas les permiten a los niños y a los adolescentes adquirir capacidades fundamentales para la salud y la vida, elegir opciones saludables y adoptar comportamientos saludables. La repercusión de la escolaridad se manifiesta claramente en beneficios tales como la reducción de las tasas de fecundidad, edad más adulta para el matrimonio, mayor utilización de los métodos de planificación familiar y una mejor búsqueda de atención.³³

Lugares de trabajo: Un lugar de trabajo saludable es esencial para las mujeres embarazadas. Esto es importante en las grandes empresas, pero también en los entornos de trabajo informal y en las empresas pequeñas y las microempresas. Como en el caso de las escuelas, además de ser un entorno propicio para apoyar a las mujeres y los recién nacidos, los lugares de trabajo tienen un valor propio como fuentes de ingresos para las mujeres y los hombres. Los enfoques integrados del lugar de trabajo tienen en cuenta los factores físicos, organizativos y sociales para apoyar la salud de las mujeres embarazadas. En algunos entornos de trabajo, también se pueden transmitir mensajes y enfoques para trabajar con hombres y otras personas con influencia en la comunidad y la familia.

2.3 Áreas prioritarias para la intervención

A continuación, se ofrece una descripción breve de cada una de las áreas prioritarias para las intervenciones. Las acciones en cada una de las cuatro áreas deben aplicarse simultáneamente para contribuir a mejorar la salud materna y neonatal. Las áreas seleccionadas para la intervención dependerán de la situación local, el contexto y los recursos disponibles, como se señala en la parte 3 de este documento. Por ejemplo, cuando el transporte no provoque demoras al buscar la atención, los sistemas de transporte de las comunidades no serán un elemento que se considerará. Se requiere una evaluación inicial para determinar las prioridades. El monitoreo y la evaluación permanente permitirá que la ejecución sea dinámica y acorde a los cambios que se produzcan con el paso del tiempo.



Resumen de las intervenciones en las áreas prioritarias

<p>Desarrollar CAPACIDADES</p> <p><i>para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las urgencias obstétricas y neonatales</i></p>	<p>Aumentar la CONCIENCIA</p> <p><i>de los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal</i></p>	<p>Fortalecer los VÍNCULOS</p> <p><i>para lograr el apoyo social entre las mujeres, las familias y las comunidades, y el sistema de prestación de servicios de salud</i></p>	<p>Mejorar la CALIDAD</p> <p><i>de la atención, los servicios de salud, y las interacciones con las mujeres y las comunidades</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Autocuidado ■ Búsqueda de atención de salud para la mujer y el recién nacido ■ Preparación para el parto y situaciones de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Derechos humanos ■ El papel de los hombres y otras personas con influencia ■ Vigilancia epidemiológica en las comunidades, y auditorías de la defunciones maternas y perinatales 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sistemas comunitarios de financiamiento y de transporte ■ Hogares maternos ■ Funciones de las parteras tradicionales dentro del sistema de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Participación comunitaria en la atención de calidad ■ Apoyo social durante el parto ■ Competencia interpersonal e intercultural de los trabajadores de salud

Desarrollar CAPACIDADES

Autocuidado

Para un enfoque de promoción de la salud y para el concepto de participación de individuos, familias y comunidades resulta esencial el desarrollo de conocimientos y capacidades para el autocuidado de la madre y el recién nacido, incluidas las pautas para la vida cotidiana que pueden proteger y fomentar la salud,⁴ así como las decisiones y las acciones destinadas a evitar situaciones de emergencia. En síntesis, el autocuidado abarca la adopción de estilos de vida saludables, la búsqueda de atención y el cumplimiento de las recomendaciones para la atención. El autocuidado

Elementos clave del autocuidado para la mujer, la madre y el recién nacido:

- ✓ Aspectos relacionados con la madre: el plan alimentario y la nutrición; el alcohol y otras drogas; el volumen de trabajo y las actividades; el género y la violencia; la higiene; la atención prenatal; la atención del parto; la atención en el puerperio; la prevención de infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA; el espaciamiento de los embarazos y la planificación familiar.
- ✓ Aspectos relacionados con el recién nacido: la atención del parto; el alojamiento conjunto para la madre y el bebé; la lactancia materna.

Fuentes: OMS (en preparación)³⁹ y Nachbar, Baume y Parekh, 1998⁴⁰.



está estrechamente vinculado con el conocimiento y las normas sociales. Algunos autores también definen el autocuidado como un proceso en la familia.^{4, 34, 35}

El mejoramiento de las capacidades y competencias para el autocuidado puede lograrse mediante la educación, tanto en programas de educación para la salud como en el sistema educativo oficial. Las intervenciones de educación para la salud relacionadas con el autocuidado deben ser diseñadas con la participación de las mujeres embarazadas, sus parejas y otras personas que influyan en los procesos de toma de decisiones en la familia. Las modificaciones de los conocimientos, las normas y los comportamientos correspondientes se producirán en un período prolongado, mediante la vinculación con la educación básica y de adultos.

Se prestará especial atención a la educación de las niñas. Se ha comprobado que las mujeres que han asistido a la escuela tienen una mayor probabilidad de tener familias más pequeñas y de buscar atención a los servicios de salud, fenómenos que se hacen más evidentes a medida que aumentan los años de escolaridad.^{36, 37, 38}

Las escuelas pueden desempeñar un papel trascendente al promover el autocuidado y aumentar la capacidad de tomar decisiones saludables,³³ incluida la confianza en uno mismo. Los entornos para esta área de intervención incluyen el hogar, los servicios de salud, la comunidad, los lugares de trabajo y las escuelas.

Puntos clave del comportamiento de búsqueda de atención y de utilización de atención por parte de personal calificado:

- ✓ cuatro visitas de control prenatal en el caso de la embarazada sin complicaciones;
- ✓ parto y atención de posparto inmediata en la hora posterior al parto y en las 12 primeras horas después;
- ✓ dos visitas de atención de posparto en el caso de la mujer y el recién nacido sin complicaciones, en la primera semana después del parto (preferentemente dentro de los dos o tres primeros días), y nuevamente entre las cuatro a seis semanas posteriores al parto si la madre y el bebé están bien;
- ✓ emergencia obstétrica;
- ✓ emergencia neonatal.

Adaptado de: OMS (en preparación)³⁹

Búsqueda de atención

La promoción del comportamiento de búsqueda de atención, incluida la prestación de atención médica por parte de personal calificado durante el embarazo, el parto y el puerperio (para la mujer, la madre y el recién nacido) es un objetivo primario de la OMS y otros aliados clave.^{41, 42} En el recuadro a continuación se exponen los diferentes momentos en los que se debe visitar al proveedor calificado para atender partos. Actualmente, el equipo de MPS/OMS está elaborando, junto con colaboradores, las normas técnicas para la atención materna y neonatal, que definirán el contenido de los servicios que se ofrecerán.

Las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades apoyarán la utilización de estos servicios mediante la comunicación a través de múltiples canales y actividades de educación para la salud puestas en práctica con las mujeres, los hombres, personas con influencia y la comunidad



más amplia. Con el fin de maximizar los resultados, quizás sea preciso que existan o se lleven a cabo simultáneamente ciertas actividades; a saber: el desarrollo de la capacidad del sistema de salud de proporcionar eficazmente educación para la salud; el diseño, la producción y la utilización de mensajes, materiales y enfoques educativos y de apoyo apropiados; una mayor conciencia individual y social de las mujeres acerca de las necesidades y los derechos de salud materna y neonatal; y la colaboración con trabajadores comunitarios de salud (TCS) y las parteras tradicionales para asegurar la continuidad de la atención y lograr el apoyo social.

Se han realizado estudios y exámenes para desarrollar las enseñanzas adquiridas y demostrar la eficacia de diferentes intervenciones de educación para la salud y comunicación orientadas a intensificar la búsqueda de la atención. Aún siguen en práctica esfuerzos para fortalecer la base de experiencias y resultados de investigaciones documentados que vinculan diferentes enfoques educativos con los hallazgos de un mayor nivel de conocimiento, autocuidado y utilización de los servicios. Además, la comprensión inicial de las razones de la utilización y la no utilización de los servicios de un prestador calificado en los diferentes momentos son fundamentales para la elaboración de estrategias y mensajes apropiados para la educación y la comunicación en materia de salud. Por lo tanto, la investigación es una parte importante del trabajo en esta área de acción.

Elementos clave de un plan para partos y emergencias (obstétricas y neonatales):

- ✓ selección de un lugar para el parto (hogar, centro de salud u hospital);
- ✓ identificación de la ubicación del establecimiento de atención apropiada más cercano, en caso de una emergencia;
- ✓ identificación de un proveedor calificado Identificación de un acompañante para el parto y para la situación de emergencia;
- ✓ identificación del apoyo para el cuidado del hogar y los niños durante el parto, y la situación de emergencia;
- ✓ planificación de los fondos para los gastos relacionados con el parto y la emergencia;
- ✓ organización del transporte para el parto en un establecimiento y en caso de emergencia;
- ✓ tener suministros adecuados para el parto (ya sea en el hogar, un centro de salud o un hospital): un estuche para parto higiénico, paños limpios, agua limpia (medios para calentar agua), ropa para la mujer y el bebé, jabón, alimentos y agua para la mujer y el/la acompañante;
- ✓ identificación de un donante de sangre compatible, en el caso de que se produzca una hemorragia.

Adaptado de: OMS (en preparación),³⁹ y Moore, abril de 2000⁴³.

El logro de un aumento del comportamiento de búsqueda de atención está estrechamente vinculado con las acciones destinadas a establecer sistemas comunitarios de financiamiento y transporte, una mejor dinámica entre hombres y mujeres, más apoyo de los hombres y personas influyentes; y una mayor participación comunitaria en la determinación de la calidad de la atención. Los entornos para las intervenciones en esta área son el hogar, los servicios de salud, la comunidad y los lugares de trabajo.

^f Véase, por ejemplo, Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14: el Grado Máximo de Salud que se pueda Lograr (Artículo 12); Comité de Derechos Humanos, Observación General 28: igualdad de derechos entre los hombres y las mujeres (Artículo 3); Comité para la Eliminación de la Discriminación de las Mujeres, recomendación general 24: Las mujeres y la salud (Artículo 12); Programa de Acción de CIPD en El Cairo, 1994.



Preparación para el parto y situaciones de emergencia

La preparación para el parto y situaciones de emergencia es un componente clave de los programas de maternidad sin riesgo mundialmente aceptados⁴³ y es ampliamente promovida por los organismos internacionales. Los factores que contribuyen a las demoras en recibir atención por parte de personal calificado incluyen la falta de planificación de la utilización de asistentes calificados para atender partos de rutina y la preparación inadecuada para la acción en caso de complicaciones.⁴⁴ En algunas culturas, quizás haya resistencia al concepto de hacer planes por adelantado, en particular para las situaciones de emergencia. Actualmente están en marcha proyectos para fortalecer la base de experiencias comprobadas y resultados de investigaciones que vinculan las intervenciones de planificación del parto y las emergencias con una mayor utilización de los servicios. Muchos programas están ahora comprobando la eficacia y la combinación de intervenciones destinadas a aumentar la planificación. Por ejemplo, la Matriz de Programas de Preparación para el Parto de la Unidad de Salud Materna y Neonatal de JHPIEGO considera un sistema de intervenciones múltiples por parte de formuladores de políticas, de los gerentes de los establecimientos de salud y los prestadores; y, sobre todo, de las mujeres, los hombres, la familia y la comunidad.

La iniciativa MPS/OMS considera que la preparación para el parto y las situaciones de emergencia es un factor clave no sólo para reducir las demoras, sino también para mejorar las capacidades de las mujeres, los hombres y las familias, las comunicaciones intrafamiliares y las relaciones con los prestadores. La atención materna y neonatal requiere preparación.

Esta intervención está vinculada con: desarrollar capacidades para la comunicación y la consejería interpersonales con el fin de apoyar la toma de decisiones; desarrollar el conocimiento de los prestadores de los elementos que se analizarán en la preparación para partos y emergencias; diseñar, producir y utilizar en la atención prenatal una “tarjeta de preparativos para el parto y situaciones de emergencia”; incrementar el conocimiento individual y social de los signos del trabajo de parto y de las emergencias para la mujer y el recién nacido; fomentar la comunicación en la pareja y dentro de la familia para apoyar la planificación y la implementación; y colaborar con los trabajadores comunitarios de salud y las parteras tradicionales para obtener más apoyo social.

La preparación para el parto y las emergencias también se vincula estrechamente con las acciones para establecer sistemas de financiamiento y de transporte, y las medidas para aumentar el papel de los hombres y otras personas con influencia. Los entornos para implementar estas intervenciones incluyen la familia, los servicios de salud y la comunidad.

Mayor CONCIENCIA

Derechos humanos y derechos reproductivos

Para mejorar los resultados de salud materna y neonatal es fundamental reconocer que la maternidad y el parto sin riesgos son derechos humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos estableció que la “maternidad y la niñez tienen derecho a recibir atención y asistencia especiales”⁴⁵. El derecho de atravesar el embarazo y el parto sin riesgos ha sido protegido aún más en la elaboración posterior de tratados, cartas y pactos sobre derechos humanos y, actualmente, es ampliamente reconocido, según lo demuestra la importancia otorgada a la maternidad sin riesgo en documentos de consenso internacional, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.^f



Con el propósito de ayudar a los países a proteger, respetar y cumplir mejor su obligación de salvaguardar los derechos humanos relacionados con el embarazo y el parto, el equipo de MPS ha desarrollado un Marco e Instrumento para la Evaluación de los Derechos Humanos de Salud. Este marco e instrumento ayudan a los países a examinar la situación jurídica, política y práctica que tiene en sus países la salud materna y neonatal, usando una metodología participativa para incluir la perspectiva de todos los interesados directos pertinentes, como los representantes de los individuos, las familias y las comunidades. El proceso de evaluación, a diferencia de otras evaluaciones de servicios, examina las carencias y las barreras que afronta la atención materna y neonatal, desde la asistencia al individuo, la familia y la comunidad a la atención terciaria, y luego –mediante un enfoque participativo– ayuda al grupo de interesados directos a identificar los problemas que más obstaculizan el acceso, la utilización y la prestación de los servicios de atención de salud materna y neonatal. Como se ha documentado muy bien, existen barreras en todos los niveles.⁴⁶ El proceso de evaluación abordará las intervenciones jurídicas, políticas y prácticas para reducir las demoras en la búsqueda y la prestación de la atención apropiada.

Un enfoque de derechos humanos también puede reforzar el concepto de que el acceso a servicios apropiados y la prestación de esos servicios son derechos que las personas pueden exigir a sus gobiernos y una obligación que el gobierno ha contraído con ellos mediante su participación en el consenso internacional sobre derechos humanos.⁴⁷ Por lo tanto, el enfoque pretende facilitar a las mujeres, los hombres y las comunidades su tarea de abogar y actuar en el distrito, a fin de asegurar que haya servicios de atención e información de salud materna y neonatal accesibles y disponibles para ellos cuando más los necesiten. Incrementar la conciencia sobre los derechos también puede empoderar a las mujeres, los hombres y las comunidades para “demandar” servicios de calidad que satisfagan sus necesidades y la adopción de mecanismos que permitan que sus opiniones sean escuchadas durante la planificación, el monitoreo y la evaluación de esos servicios.

Por último, en el plano individual, los usuarios que estén más informados acerca de sus derechos reproductivos mantendrán mejores interacciones con los prestadores. Las mujeres que conozcan

Los derechos humanos relacionados con la salud materna y neonatal incluyen:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vida, seguridad, supervivencia e identidad <ul style="list-style-type: none"> ■ Vida, supervivencia y desarrollo ■ Libertad y seguridad de la persona ■ No sufrir un trato inhumano y degradante ■ Identidad ✓ No sufrir discriminación y tener participación <ul style="list-style-type: none"> ■ No sufrir discriminación ■ Participación | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Información y educación <ul style="list-style-type: none"> ■ Buscar, recibir e impartir información ■ Educación ✓ Salud y maternidad <ul style="list-style-type: none"> ■ Derechos en materia de salud ■ Beneficios del progreso científico ■ Casarse y formar una familia ■ Privacidad ■ Decidir libremente y con responsabilidad el número y el espaciamiento de los hijos. |
|--|---|

Fuente: Harvard School of Public Health y OMS, 2002.⁴⁹



sus derechos sexuales y reproductivos estarán en una posición más firme para determinar cómo interactuarán en la familia, cómo pueden obtener acceso a la salud y qué tratamiento reciben de los servicios de salud.⁴⁸

Los servicios de salud y otras entidades pueden apoyar esta área mediante la difusión de información relacionada con los derechos reproductivos y los derechos de los usuarios. Otras formas de abordar esta intervención incluyen el diálogo con la comunidad sobre los derechos humanos, las alianzas con organizaciones comunitarias para fomentar las estrategias de comunicación y los enfoques educativos a largo plazo a través de las escuelas.

El papel de los hombres y otras personas con influencia

Los programas de salud reproductiva han tomado más conciencia del papel de los hombres en el fomento de la salud materna y neonatal, como parejas, padres y miembros de la comunidad.³⁶ Este papel está definido por la interacción de factores culturales, sociales, de género y económicos, que en general no preparan a los hombres para participar en aspectos cruciales del embarazo, el parto y el puerperio.⁵⁰ Además, hay un mayor reconocimiento de los derechos reproductivos de los hombres y sus propias necesidades de salud reproductiva, incluida la participación activa e informada en la maternidad, el parto y el cuidado infantil.

Los hombres toman decisiones clave en relación con la búsqueda de atención materna y neonatal. Deben conocer las necesidades, los riesgos y los signos de peligro durante el embarazo, el parto y el puerperio para apoyar a las mujeres. La promoción del papel de los hombres como parejas y padres es esencial para lograr su participación activa y apoyo eficiente.

No obstante, los programas de salud normalmente se diseñan para interactuar con las mujeres y, en general, no se dirigen a los hombres. Esto sucede con los aspectos de participación de los individuos, las familias y las comunidades en los programas, así como en los diferentes momentos de la prestación de la atención. Los programas deben ampliar su comprensión de las necesidades y perspectivas de los hombres en relación con el embarazo, el parto, el puerperio, el cuidado del recién nacido y la paternidad (sin comprometer los derechos reproductivos de las mujeres).⁵¹

Al igual que en el autocuidado, la instauración de una nueva concepción del papel de los hombres se logrará a largo plazo, principalmente mediante la educación (programas de educación para la salud y el sistema educativo oficial). Estas intervenciones deben ser puestas en práctica junto con hombres y mujeres (adolescentes y adultos), considerando las perspectivas de género y los derechos reproductivos como pertinentes a ambos.

Los trabajadores de salud tienen que estar preparados para trabajar con los hombres y con las mujeres, y apoyarlos en los papeles que desempeñan. Los servicios de salud pueden tener en cuenta los horarios convenientes para los hombres; así, cuando sea factible, se puede alentar a las mujeres a invitar a sus parejas a que las acompañen para recibir la atención, o se puede permitir a los padres presenciar los partos para brindar apoyo. Los prestadores también necesitan capacidades interpersonales para trabajar con los hombres y apoyarlos en los papeles que desempeñan; y ayudar a las mujeres a desarrollar sus capacidades para la toma de decisiones. La preparación para el parto y las emergencias también reforzará la necesidad de comunicación y la toma de decisiones entre las parejas.

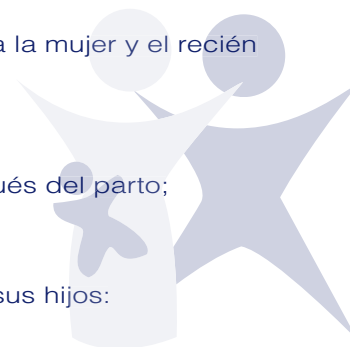
Los líderes de la comunidad, los miembros de la familia, las parteras tradicionales y otras personas con influencia también pueden ser agentes positivos que contribuyan a determinar las necesidades de salud materna y neonatal y a tomar las decisiones pertinentes. Según el contexto, los miembros de más edad de la familia, como las suegras, tienen un gran poder culturalmente sancionado para la toma de



decisiones y la atención. Por ejemplo, determinar el plan alimentario de las embarazadas, su volumen de trabajo, la responsabilidad en el hogar y la utilización de los servicios de urgencia.³⁵ Aquí también serán útiles la educación para la salud y la coordinación con el sector educativo a fin de asegurar la inclusión del contenido pertinente en la educación primaria y de adultos. Las personas con influencia también pueden servir como ejemplos positivos. En el enfoque de “Desviación Positiva” se moviliza a las comunidades conforme a la observación de que los comportamientos poco comunes de unos pocos individuos exitosos les han permitido a sus familias gozar de mejor salud que sus vecinos con los mismos recursos.⁵² Los entornos para esta área de intervención son la familia, el centro de salud, la comunidad, los lugares de trabajo y las escuelas.

Aspectos del papel de los hombres en la salud materna y neonatal:

- ✓ necesidades de salud materna y neonatal;
- ✓ comunicación en la pareja y toma compartida de decisiones para la planificación de los embarazos;
- ✓ participación en la atención prenatal, la atención durante el parto y el puerperio, y la atención al recién nacido;
- ✓ señales de emergencia obstétrica y cuidados apropiados para la mujer y el recién nacido;
- ✓ prevención de las ITS, la infección por el VIH y el sida;
- ✓ espaciamiento de los embarazos y planificación familiar después del parto;
- ✓ apoyo a la lactancia materna;
- ✓ participación de los hombres en la crianza y la educación de sus hijos;
- ✓ paternidad responsable y adultez (para los jóvenes).



Fuente: OMS (en preparación)³⁹ y PAHO, 2001³⁶

Vigilancia epidemiológica de las comunidades y auditorías de las defunciones maternas y perinatales

Para intervenir en la mejora de la salud materna y neonatal, las comunidades necesitan información sobre la situación y las necesidades locales de salud de las mujeres y los recién nacidos. Los sistemas de salud disponen de diferentes metodologías e instrumentos para recopilar información acerca de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal. Varios de ellos reconocen el valor de la comunidad como fuente de información. Según el concepto de participación de individuos, familias y comunidades en la iniciativa MPS, se considera que, en el empleo de metodologías e instrumentos como la vigilancia epidemiológica de las comunidades, el análisis de las defunciones a nivel de la comunidad, las auditorías de las defunciones maternas y perinatales a través de metodologías como las autopsias verbales, y otras investigaciones sobre aspectos de la salud materna y neonatal, la comunidad es un asociado fundamental en la secuencia desde la identificación de casos, la recolección de datos, el análisis de la información y la utilización de esta última para mejorar la toma de decisiones y diseñar intervenciones para el cambio. Se cuenta con considerable experiencia en esta área, en particular en varios países importantes para la MPS (Bolivia e Indonesia), en la región de las Américas (AMRO) de la OMS, así como en la iniciativa *Save the Children*, JHPIEGO y la USAID.



Además de aumentar el conocimiento y la conciencia comunitaria, los resultados pueden servir como base para el diálogo con la comunidad, tanto dentro de la comunidad como entre ésta y los servicios de salud. La información recolectada, especialmente en relación con los factores que contribuyen a la mortalidad, también sirve de base para el desarrollo de estrategias integrales y medidas para abordar el problema. Debe asegurarse que la comunidad participe en el diseño, la planificación y la aplicación de estas estrategias y acciones. Es cada vez más frecuente que los comités de mortalidad materna, en el ámbito nacional y local, lleven a cabo identificación e investigación de las defunciones maternas (mediante auditorías clínicas y autopsias verbales) y, posteriormente, la recomendación de las medidas que se deben tomar.²⁸

Ésta es un área estrechamente vinculada con las actividades de promoción de la causa, como también con las medidas para mejorar la calidad de la atención e identificar las mejores estrategias para abordar el problema de acuerdo a la realidad local. Según observa la OPS, un concepto fundamental es el intercambio de información entre comunidades y organizaciones, que luego pueden usar esa información para abogar por cambios positivos en la política de salud o en los servicios y prestadores.²⁸

En **Bolivia**, el Ministerio de Salud ha organizado Comités para el Análisis de la Información (CAI) tanto en el ámbito de la comunidad como el de los establecimientos. El CAI "comunal" incluye el personal de salud, los líderes y las autoridades de la comunidad, los representantes de organizaciones comunitarias y los TCS, quienes se reúnen periódicamente para analizar la información sanitaria y tomar decisiones. Se ha encontrado que estas experiencias:

- ✓ sirven de base para la formulación de los planes de acción de la comunidad;
- ✓ promueven la atención en la comunidad y la familia;
- ✓ fortalecen los vínculos y la comunicación entre el centro de salud, los TCS y la comunidad.

Adaptado de: Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, 2001.⁵³

La participación comunitaria en las auditorías y la investigación debe realizarse a la par de otras iniciativas educativas. Las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades pueden conocer las condiciones que contribuyen a la mortalidad y la morbilidad examinando casos dentro de sus comunidades y analizando qué acciones se pueden tomar para prevenirlos. Los entornos considerados son la familia, las comunidades y los servicios de salud.

Fortalecimiento de los vínculos

Sistemas comunitarios de financiamiento y de transporte

Las áreas de intervención anteriores se han centrado en el aumento de la conciencia individual y social, las capacidades y el apoyo social para ampliar el acceso a la asistencia. No obstante, un factor muy concreto en el acceso a los servicios apropiados es la capacidad de acceder a los servicios y utilizarlos. La disponibilidad de sistemas de financiamiento y de transporte puede influenciar los procesos individuales y familiares de toma de decisiones, puede facilitar el acceso y, por consiguiente, puede reducir las demoras asociadas en recibir la atención de parte de personal calificado. Además, los aspectos financieros se relacionan con una de las metas fundamentales de los sistemas de salud, que es ser justos en el financiamiento,² y con la cuestión más amplia de la protección social. Algunos aliados clave, en particular el GTZ, el UNFPA, STEP de la OIT, el UNICEF y la USAID, están haciendo un esfuerzo importante en el área de los sistemas de financiamiento y de transporte.



Sistemas de financiamiento

Se ha introducido en varios países la cobertura universal mediante el seguro nacional de salud. Bolivia ha adoptado un programa de seguro nacional que tiene la finalidad de prestar servicios de salud gratuitos a las madres y a los recién nacidos. El seguro incluye atención prenatal, del parto, el puerperio y las emergencias obstétricas y neonatales. Posteriormente se introdujo un sistema descentralizado que incluye la asignación de recursos nacionales a los municipios para asegurar un mecanismo de financiamiento. Se han logrado repercusiones considerables en cuanto a la utilización general de los servicios de salud materno-infantil (un aumento del 16% al 39% en la atención prenatal, y del 43% al 50% en la de los partos).²⁸

Otros métodos locales de protección social son el microseguro, el seguro rural de salud, el seguro mutuo de salud, los fondos rotativos para medicamentos y la participación comunitaria en el manejo de las tarifas a cargo del usuario. Un examen de estos enfoques en Asia y África concluye que esos métodos mejoran el acceso a la atención de salud necesaria y avalan la hipótesis de que compartir ampliamente los riesgos en el financiamiento de la salud tiene una repercusión significativa en el grado y la distribución de la salud.⁵⁴

Un estudio de las organizaciones mutuas de salud, realizado en 1998 en África Occidental y Central, revela el potencial de aumentar la cobertura, ampliar la protección social a los sectores desfavorecidos de la población e intensificar el mejoramiento de la calidad.⁵⁵ En América Latina, se proponen sistemas de microseguros como mecanismos de extensión complementaria, vinculados con los sistemas de protección social proporcionados por el estado.⁵⁶ Varias instituciones han tenido y documentado en diversos países experiencias con fondos de préstamos destinados a mejorar el acceso a la atención obstétrica.^{57, 58, 59, 60}

Diferentes estudios revelan la necesidad de fortalecer la capacidad institucional, de gestión y administrativa de las organizaciones comunitarias involucradas, así como la importancia de incluir a los gobiernos para crear un contexto jurídico, fiscal e institucional favorable.^{55, 56} La sostenibilidad de estos sistemas quizás sea, a veces, una limitación. Como estos sistemas están diseñados para personas con recursos limitados, se necesitan mecanismos de reaseguramiento avalados por el estado (como en Bolivia) y posiblemente requieran cooperación internacional.⁵⁶ Además, estos esfuerzos comunitarios deben estar vinculados con el sistema más amplio de protección social, cuando exista tal sistema.

Otra medida positiva para la sostenibilidad consiste en aprovechar los sistemas existentes de solidaridad financiera. Con los grupos en funcionamiento existentes, el gasto de administración para los elementos adicionales relacionados con la salud no será tan alto como si se tuviera que formar una entidad de seguro nueva. Además, dado que se basan en el entendimiento mutuo, se reduce al mínimo la posibilidad de una selección adversa.⁶¹

El mayor acceso a los servicios es un beneficio de los sistemas comunitarios de financiamiento sanitario. Estos sistemas también pueden contribuir a aumentar la responsabilidad de los servicios de salud de rendir cuentas a la comunidad y, por lo tanto, mejorar la calidad de los servicios de salud locales.⁶² Estos mecanismos también estimulan la organización y la acción comunitaria para la salud, y empoderar a las mujeres y a la comunidad en relación con los prestadores de atención.⁵⁶



Elementos clave para los sistemas comunitarios de financiamiento sanitario:

- ✓ basarse en los sistemas existentes de solidaridad financiera, las iniciativas y la organización de la comunidad;
- ✓ prestar apoyo técnico y financiero para la gestión y la sostenibilidad;
- ✓ promover una mayor participación activa de las mujeres en la gestión de los sistemas;
- ✓ buscar sinergias con actividades de generación de ingresos y un mayor apoyo de otros actores clave, como las organizaciones comunitarias;
- ✓ incluir a los gobiernos para lograr un contexto jurídico, fiscal, financiero e institucional favorable;
- ✓ ayudar a los prestadores de asistencia sanitaria a convertirse en aliados genuinos.

Fuente: OIT y OPS, 1999⁵⁶

Sistemas de transporte

La disponibilidad de transporte para llegar a la atención es un factor importante en el acceso. Las enseñanzas adquiridas de los proyectos de salud materna en África, Asia y América Latina indican que los sistemas comunitarios de transporte de emergencia en caso de complicaciones obstétricas pueden ser un medio eficaz de reducir las demoras en alcanzar la atención cuando se carece de servicios públicos.⁶³ La adaptación de las soluciones en función de contextos locales específicos, así como asegurar que las comunidades participen.^{64, 65}

La “ambulancia en bicicleta”, los camiones, los autobuses, los barcos, los carros arrastrados por bueyes, los triciclos modificados con plataformas, las canoas, los taxis, las motocicletas con tres ruedas y los remolques son algunas de las soluciones locales que se descubrieron.^{66, 67} Se pueden establecer convenios con sindicatos locales de transporte, con conductores privados y con empresas de autobuses, cuando existan. Se pueden proporcionar fondos para el transporte de emergencia (fondos especiales o sistemas de financiamiento dentro de la comunidad) con el fin de aumentar la utilización de los sistemas de transporte.⁵⁸ La comunicación para la referencia de pacientes es también un problema relacionado con el acceso y el transporte. Se puede usar el sistema de comunicación por radio receptora y emisora para ponerse en contacto con las parteras profesionales en los establecimientos designados para derivaciones.

Las medidas de apoyo necesarias en esta área de intervenciones (sistemas de financiamiento y de transporte) son: una mayor conciencia individual y social de las necesidades de salud materna y neonatal, incluidos los signos del trabajo de parto y de peligro; vínculos con TCS y parteras tradicionales para apoyar la referencia; y alianzas con ONGs y organizaciones comunitarias con experiencia en estas áreas. Como se mencionó, los sistemas de financiamiento y de transporte están también estrechamente vinculados con la preparación para el parto y las situaciones de emergencia. Los entornos considerados son el hogar y la comunidad.



Hogares maternos

En aquellos casos de escasa cantidad de prestadores de salud calificados para la atención del embarazo y parto y el manejo de complicaciones obstétricas y de grandes distancias para llegar a ellos, será de utilidad considerar la posibilidad de contar con hogares maternos.^{68, 69} La finalidad de un hogar materno es proporcionar un entorno cercano a la atención calificada, donde las mujeres puedan permanecer en las semanas finales del embarazo. Algunos hogares maternos han incluido, entre sus tareas, actividades de educación y consejería para mejorar el autocuidado, orientadas especialmente a las mujeres y los recién nacidos.

Existen diferentes modelos de hogares maternos (véase estudios de casos en Malawi, Zimbabwe, Nigeria, Etiopía, Mozambique, Bangladesh, Mongolia, Papua Nueva Guinea, Indonesia, Cuba, y Nicaragua). Aunque su eficacia no se ha evaluado cuantitativamente, su permanencia indica que existe aceptación y sostenibilidad local.⁶⁹ La concienciación de la comunidad sobre las necesidades de salud materna y neonatal, así como la participación comunitaria en la planificación, la implementación y el monitoreo constante, y el establecimiento de hogares culturalmente apropiados que satisfagan las necesidades locales son importantes para la implementación exitosa y la sostenibilidad a largo plazo de resultados de salud positivos. Sin embargo, hay que destacar que esta estrategia no debe considerarse como intervenciones independientes, y debe servir para vincular a las mujeres, individuos, familias y comunidades con el sistema de salud en la continuidad de la atención.

Consideraciones clave para la gestión eficaz de los hogares maternos:

- ✓ servicios que se ofrecerán
- ✓ enlace con servicios de salud comunitaria y el sistema de referencia
- ✓ administración y requisitos de personal
- ✓ equipo y suministros
- ✓ consideraciones acerca de los costos.



Adaptado de: OMS, 1996⁶⁹

El papel de las parteras tradicionales dentro del sistema de salud

Si bien la OMS y sus socios avanzan hacia la promoción de asegurar un(a) proveedor(a) calificado en cada nacimiento, se debe especificar la responsabilidad de las parteras tradicionales en la atención de salud materna y neonatal *en los países y las zonas donde actualmente existen*. En varios países, la partera tradicional brinda atención, especialmente durante el parto y el puerperio. Debido a su aceptación cultural y social y sus conocimientos y experiencia, las parteras tradicionales pueden ser consideradas aliadas importantes para el apoyo social, y un vínculo positivo entre las mujeres, las familias y las comunidades, y el sistema oficial de atención de salud.⁷⁰

La Declaración Conjunta sobre Reducción de la Mortalidad Materna (OMS/UNFPA/UNICEF/ Banco Mundial, 1999) reconoce que, en muchos lugares, actualmente no se dispone de los servicios de asistentes calificados para atender partos ni se contará con ellos en un futuro próximo. Si bien se alienta a los países a elaborar y poner en práctica planes que garanticen el acceso a asistentes calificados para atender partos, entretanto se reconoce que las parteras tradicionales pueden seguir siendo una fuente importante de atención. En estas situaciones y aun en aquellas en las que se dispone de una obstétrica pero también existen los servicios de las parteras tradicionales, una estrategia útil es fortalecer



la capacidad de las parteras tradicionales de reconocer los problemas durante los períodos prenatal, del parto y el puerperio y, cuando sea necesario y posible, guiar a las mujeres hacia el sistema oficial de atención de salud y a través de él.^{35, 71, 72}

Cuando se cuenta con asistentes calificados para atender partos, en particular con parteras profesionales, se deben definir y establecer alianzas y acuerdos con las parteras tradicionales.⁵⁰ En el recuadro mostrado a continuación se esbozan las posibles funciones de las parteras tradicionales. Estas funciones deben negociarse y definirse junto a ellas, no serles impuestas. La comunidad también debe ser consultada en este sentido. Las parteras tradicionales no son un grupo homogéneo y hay mucha variación de un sitio a otro en cuanto a sus capacidades y los servicios que proporcionan.^{35, 40}

“En los sitios donde las parteras tradicionales desempeñan una función importante en la prestación de atención o en la educación de las mujeres y la comunidad, éstas pueden y deben ser incluidas como miembros de un ‘equipo de salud’ que trabaja conjuntamente para mejorar el acceso a la atención y la calidad de ésta”.⁷³ En un contexto de equipo, las parteras tradicionales pueden ayudar al personal a comprender y respetar los conocimientos y las tradiciones locales.

Al definir el papel y las responsabilidades, es importante tener en cuenta los intereses de todos los involucrados directos, por ejemplo, la generación de ingresos, las preferencias culturales y las rivalidades profesionales. El papel y el funcionamiento de las parteras tradicionales deben ser comprendidos mejor por los asistentes calificados para atender partos y los profesionales de la salud.⁷⁴ Las parteras tradicionales tienen que sentir que forman parte del sistema y que deben apoyarlo, en lugar de sentir que toda referencia fue resultado de “no mantener su compromiso con las mujeres y las familias”.⁷⁵

Posibles funciones de las parteras tradicionales:

- ✓ abogar por satisfacer las necesidades de salud materna y neonatal;
- ✓ alentar (incluso acompañar) a las mujeres a recurrir a la atención esencial prenatal y de posparto y recibir atención calificada durante el parto;
- ✓ apoyar a las mujeres y los recién nacidos en el autocuidado y la observancia de recomendaciones (nutrición, tratamiento, administración de suplementos, vacunación, visitas programadas, planificación de los embarazos y para situaciones emergencias, planificación de la familia, alimentación del lactante, etc.);
- ✓ difundir la información de salud en la comunidad y en las familias;
- ✓ brindar apoyo social durante el parto y después de éste, ya sea como acompañante en el parto o cuidando el hogar mientras la mujer está lejos;
- ✓ servir de vínculo entre las mujeres, las familias y las comunidades, y las autoridades y servicios locales de salud.

Adaptado de: OMS/ICM/FIGO, 2003.⁷⁰



Mejorar la CALIDAD

La participación comunitaria en el mejoramiento de la calidad de la atención

Un elemento común en los marcos para mejorar la calidad de los servicios es el énfasis en la definición y la perspectiva de la calidad que tiene la comunidad en cuanto a la respuesta de los servicios a su cultura y necesidades. Se han elaborado diferentes metodologías para reunir estos elementos, incluidos los procesos organizados y continuos de participación comunitaria en la determinación de la calidad de la atención, también denominados de calidad impulsada por la comunidad, de participación de los consumidores en la calidad y otros enfoques.

Se ha indicado que las diferencias culturales entre las preferencias de la mujer, la familia y la comunidad, y el tratamiento y los procedimientos que implementan los trabajadores de salud pueden limitar la utilización de la atención aun cuando se disponga de mejores.^{35, 36, 37, 59} Por lo tanto, una de las maneras más eficaces de asegurar verdaderamente la buena calidad y una mayor utilización de los servicios es incluir a la comunidad en la planificación, la gestión y la evaluación de los servicios.

Son de particular importancia las consultas a la comunidad, en particular a las mujeres, y tener en cuenta sus creencias, perspectivas y preferencias en relación con la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio y del recién nacido, ya que estos diferentes momentos están asociados con valores, significados, y ritos sociales y culturales. Los servicios pueden tener en cuenta estos elementos así como otros que señale la comunidad para aumentar la accesibilidad y la aceptabilidad, la calidad percibida de la atención y, posteriormente, la utilización de los servicios. En este caso, el objetivo es ir más allá de los “clientes” o “usuarios” de los servicios para responder a las necesidades más amplias de la comunidad y llegar también a posibles usuarios.

Los vínculos con las parteras tradicionales y otros prestadores de salud comunitaria y los grupos de la comunidad también pueden desempeñar un papel de apoyo a los servicios al comprender las preferencias y las necesidades de la comunidad. El equipo de salud del distrito, las mujeres, los miembros de la comunidad y los representantes de diferentes grupos comunitarios pueden elaborar juntos una visión complementaria de las necesidades de salud materna y neonatal, y encontrar soluciones. Además, la participación comunitaria contribuye a hacer que la búsqueda de atención y la utilización de los servicios sean una decisión de carácter colectivo, en lugar de ser un comportamiento individual o familiar.⁷⁶ Por último, la participación comunitaria en asuntos relacionados con la calidad de la atención puede posteriormente conducir a una mejor comprensión de la situación, de las dificultades y limitaciones enfrentadas durante la asistencia, y las soluciones factibles que pueden ser propuestas por los servicios y/o la comunidad.

Como en otras áreas relacionadas con la participación comunitaria, se ha usado una variada gama de enfoques y metodologías para establecer la participación comunitaria en la determinación de la calidad. “La mayoría de los establecimientos de salud no tienen ningún mecanismo oficial para que las comunidades aporten con regularidad información al establecimiento y los trabajadores de salud en cuanto a sus percepciones de la calidad de los servicios y sus sugerencias para el mejoramiento de éstos. Un paso inicial puede ser solicitar el aporte de la comunidad mediante reuniones de grupos o encuestas domiciliarias. Otra medida puede ser programar reuniones periódicas con la comunidad. Algunos proyectos han dispuesto consejos comunitarios de asesoramiento o la gestión comunitaria del establecimiento de salud mediante un consejo de la comunidad”.²⁹



Las enseñanzas extraídas de los programas de mejoramiento de la calidad indican que lo importante es instituir la calidad como una cultura organizacional y como un proceso continuo y permanente. Por lo tanto, la participación comunitaria en este proceso debe cumplir los mismos criterios.⁷⁷

Marco de calidad impulsado por la comunidad:



Adaptado de: Maximizing Access and Quality, Community Driven Quality Sub-committee⁷⁷

Las medidas de apoyo son: la promoción de la implantación de políticas y mecanismos que fomenten la participación comunitaria en la determinación de la calidad; dentro de los programas de salud, el desarrollo de capacidades para interactuar con la comunidad; una mayor conciencia de la comunidad del valor de la participación en la organización de los servicios de salud. Los entornos para esta intervención son el hogar, el centro de salud y la comunidad.

Apoyo social durante el parto

Según se ha mencionado a lo largo de este documento, la sensibilidad interpersonal y cultural desempeña un papel importante en las percepciones de la calidad de la atención ofrecida. Los investigadores que estudian la calidad de la atención en diferentes entornos han recalcado específicamente estos elementos en la atención durante el parto. El apoyo social durante el parto es una manera costo efectiva de mejorar la salud materna y neonatal, y aumentar la satisfacción de las mujeres con la atención recibida. Se ha comprobado que el hecho de tener apoyo social durante el trabajo de parto, cuando no se presentan situaciones de emergencia, influye beneficiosamente en el resultado del parto de rutina, tanto para la mujer como para el recién nacido.⁴⁸

El apoyo social durante el parto permite reducir la incidencia de intervenciones médicas como los medicamentos para controlar el dolor, el parto con fórceps, las cesáreas; disminuir la duración del trabajo de parto; lograr una mayor satisfacción de la mujer con el parto y una recuperación física más rápida después del parto; facilitar la lactancia materna; y fortalecer la relación temprana entre la madre y el lactante.^{78, 79} Además, el apoyo social durante el trabajo de parto en los entornos ajetrechos y dotados de tecnología se asocia con una experiencia positiva de trabajo de parto.⁴²



El apoyo social durante el trabajo de parto y el parto implica que aquellos a cargo de la asistencia prestan atención a los deseos, la sensación de bienestar, la necesidad de información y las elecciones de la mujer.⁴⁸ El apoyo social incluye la presencia de un acompañante durante el parto, elegido por la mujer, así como una actitud positiva y respetuosa de los profesionales de la salud.

Para poner en práctica esta intervención, las medidas asociadas son: la promoción de políticas que fomenten el apoyo social durante el trabajo de parto; la planificación para el parto y las emergencias de tal modo que las mujeres decidan sus preferencias para el parto e identifiquen a un(a) acompañante; el desarrollo de las capacidades del proveedor calificado; mayor conciencia de los hombres y la comunidad sobre el valor del apoyo social durante el trabajo de parto; y vínculos con TCS y parteras tradicionales, que podrían ser las compañeras preferidas para el parto por muchas mujeres. Los entornos para esta intervención son la familia, los servicios de salud y la comunidad.

Elementos clave de apoyo social durante el parto:

- ✓ presencia de un compañero seleccionado para el parto;
- ✓ alianza entre la mujer, su acompañante en el parto y la obstétrica;
- ✓ atención a los deseos de la mujer, incluidas las posturas preferidas durante las contracciones y el parto;
- ✓ parto en el sitio preferido (hogar, centro de salud u hospital);
- ✓ actitud positiva y respetuosa del proveedor calificado y otros trabajadores de salud.



Adaptado de: OMS, 2002⁴² y The Panos Institute, 2001⁴⁸

Competencia interpersonal e intercultural de los prestadores de salud

La calidad es determinada no sólo por la capacidad técnica sino también por la conveniencia cultural y la interacción dinámica entre los clientes y los prestadores.⁸⁰ La OMS y otros colaboradores clave apoyan el mejoramiento de las interacciones del prestador con las mujeres, los hombres y la comunidad como un elemento clave de la calidad. Además, diferentes estudios han mostrado que el mejoramiento de la competencia interpersonal e intercultural de los prestadores puede influir en el cumplimiento de las recomendaciones de atención, el conocimiento de las mujeres, las percepciones de la calidad de la atención y la utilización de los servicios.^{35, 36, 80, 81}

Los prestadores requieren desarrollar capacidades para facilitar servicios que promocionan el derecho de las mujeres y de los hombres a recibir información exacta, a elegir opciones de salud reproductiva, a indicar sus preferencias en cuanto al servicio y a participar en las decisiones que afectan su salud. La consejería para la toma de decisiones y la solución de problemas como se propuso para la preparación para el parto y las situaciones de emergencia, y los nuevos enfoques de la educación para la salud requerirán la capacidad de escuchar, involucrar activamente a las mujeres en la sesión, trabajar con respeto por los conocimientos corrientes, demostrar sensibilidad cultural y prestar apoyo, apartándose de las sesiones usuales con las mujeres basadas en proporcionar información.⁸²

La promoción del papel de los hombres exigirá que cada prestador de servicios de salud examine



sus propias actitudes y desarrolle capacidades para la interacción y el apoyo. Según sus funciones, los prestadores tal vez tengan que desarrollar las capacidades necesarias para las interacciones individuales así como las capacidades para trabajar con la comunidad en general. Las parteras profesionales quizás estén en buena posición para realizar esta labor más amplia, ya que estas capacidades son consideradas esenciales para el ejercicio integral de su profesión (Véase *Foundation Module: The midwife in the community* WHO/FRH/MSM /96.1, de los módulos para la capacitación en atención de partos de la OMS).⁸³

Todos los trabajadores de la salud deben ser conscientes de la importancia de la buena comunicación, de que la consejería adecuada también es una habilidad que salva vidas, que las competencias interculturales e interpersonales aumentan la satisfacción de los usuarios, tanto mujeres como hombres, y la utilización de servicios y que las funciones de comunicación y educación para la salud no están separadas ni son menos importantes que las funciones clínicas.³⁵ La mayor conciencia y la modificación de las prácticas de los prestadores pueden dar como resultado la prestación de “atención” a las mujeres y los recién nacidos, en lugar de simplemente “curarlos”.⁸⁴

Aspectos clave de la competencia interpersonal e intercultural de los prestadores:

- ✓ atender las necesidades de las personas
- ✓ ser accesible para la mujer o el recién nacido
- ✓ atender las necesidades emocionales
- ✓ respetar la dignidad y los derechos humanos
- ✓ crear, no suministrar conocimientos
- ✓ aconsejar para la toma de decisiones y la solución de problemas
- ✓ incluir al acompañante y la familia, según lo permita la situación
- ✓ apoyar y favorecer el rol participativo de los hombres
- ✓ incorporar el contexto cultural.

Adaptado de: Moore et al, 2002⁸⁴

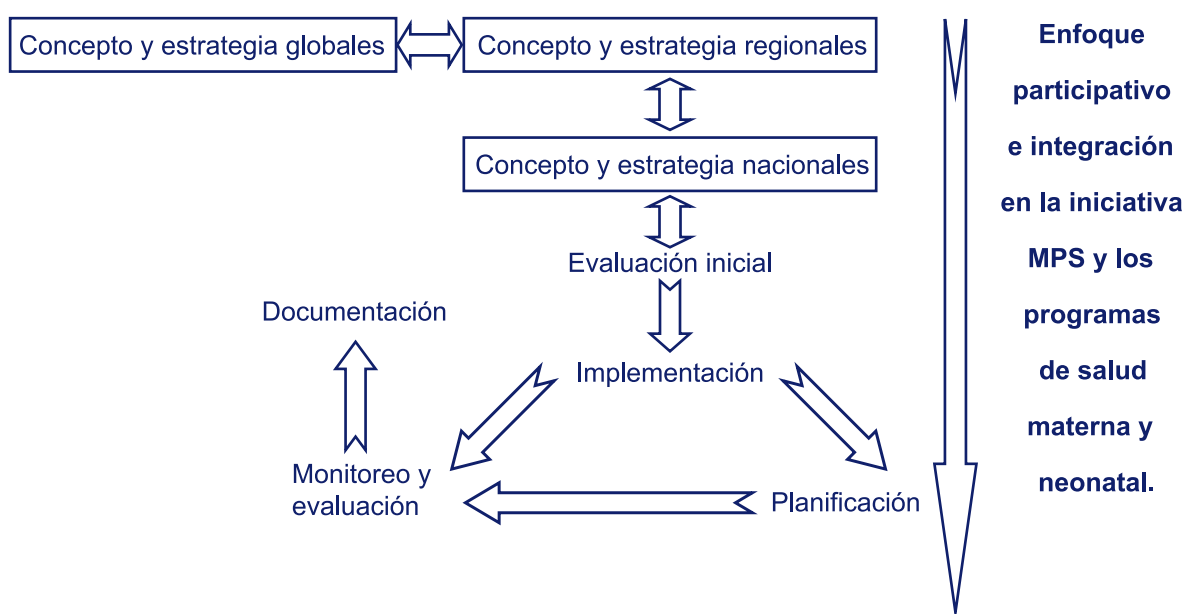
Esta intervención se coordinará con estrategias de educación y formación del prestador. La formación y la supervisión de apoyo pueden servir para ayudar a los prestadores a descubrir sus propios prejuicios en las interacciones con los pacientes.^{36, 85} Es igualmente importante para mejorar las capacidades de los prestadores, comprender la perspectiva y los incentivos de los prestadores a fin de aumentar la motivación de los trabajadores de salud.

⁸⁵ En el caso de la OMS, las oficinas regionales proporcionarán orientación para este proceso.



3. APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS Y LAS ESTRATEGIAS

Este concepto y documento de estrategias para trabajar con los individuos, las familias y las comunidades tendrá que ser adaptado según el contexto y las necesidades específicas de cada región o país. Se requiere un enfoque participativo en todos y cada uno de los niveles. A continuación se propone un esquema con las etapas principales para la implementación.



3.1 Formulación de estrategias nacionales orientadas a los individuos, las familias y las comunidades

Independientemente de qué institución inicie el proceso, es esencial asegurar, desde el principio, que los países impulsen sus propios procesos para formular conceptos y estrategias nacionales destinadas al trabajo con individuos, familias y comunidades con el fin de mejorar la salud materna y neonatal⁶. Esto implica integrar y aplicar un componente de los individuos, las familias y las comunidades dentro de una estrategia nacional más amplia para mejorar la salud materna y neonatal. Al definir el proceso nacional, el primer paso sería conformar un grupo de trabajo o activar uno ya existente. Este grupo de trabajo debe incluir a representantes del ministerio de salud, otros ministerios pertinentes, organismos de las Naciones Unidas, donantes, ONGs internacionales y nacionales, grupos de mujeres, de derechos por la salud de las mujeres, representantes de la juventud, organizaciones comunitarias y otros interesados directos.

Como parte del grupo de trabajo, se debe formar un comité pequeño responsable de la coordinación general de la aplicación de la estrategia con los individuos, las familias y las comunidades.²²



Los participantes deben representar a organismos con experiencia en el área, tener capacidad de liderazgo, compromiso a largo plazo y voluntad de desarrollar un proceso interactivo. Es preciso identificar todas las posibles fuentes de apoyo técnico y financiamiento para las etapas de evaluación inicial, planificación, implementación y evaluación.²² Los organismos de las Naciones Unidas, y otros organismos internacionales y nacionales pueden prestar apoyo técnico cuando sea necesario.

Los conocimientos y la información existentes quizá sean suficientes para la elaboración de una estrategia nacional inicial con los individuos, las familias y las comunidades. Sin embargo, es posible que se necesiten investigaciones adicionales para suplir vacíos identificados y contar con la información básica y esencial.

En general, están presentes tres niveles desde el punto de vista administrativo: un nivel nacional, un nivel intermedio (provincia, estado, región) y un nivel de distrito. Se prevé que el distrito será el nivel administrativo clave para la implementación de los programas de salud materna y neonatal, incluido el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades. El distrito es el nivel más apropiado para vincular las prioridades locales con las pautas nacionales de política sanitaria y la asignación de recursos, y para la coordinación entre los servicios de prestación de asistencia y las comunidades, entre el gobierno y el sector privado, entre el sector de salud y otros sectores, en particular en los países que ya hayan emprendido un proceso de descentralización y reforma sanitaria.¹⁷ Los sistemas de salud de distrito permiten la interacción entre la red social y la red de servicios de salud, como se describió anteriormente en la parte 1. Los sistemas de salud de distrito deben ser considerados dentro del área de influencia del gobierno local.

La existencia de políticas y estrategias de nivel nacional e intermedio puede ayudar en la planificación y la implementación dentro del distrito.

3.2 Evaluación inicial, selección de prioridades y planificación en el distrito

La evaluación inicial y la planificación del proceso con la participación de la comunidad son fundamentales para aplicar con éxito la estrategia con los individuos, las familias y las comunidades a nivel del sistema de salud del distrito. La estrategia nacional no se establece como un conjunto definido de intervenciones ordinarias, pero servirá de guía. La planificación para la participación de los individuos, las familias y las comunidades en el distrito requiere sensibilidad para responder a las necesidades locales identificadas en la etapa de evaluación inicial. Se deben recopilar las investigaciones y la información existentes. Tal vez sean necesarias evaluaciones más exhaustivas con el fin de definir las áreas de intervención apropiadas, establecer un punto de comparación para el monitoreo y evaluación, y planificar estrategias de ejecución que consideren la introducción secuencial de las intervenciones, según el contexto y las necesidades coyunturales.

Se elaborarán estrategias de distrito o locales como un proceso de construcción de consensos entre los diferentes colaboradores e interesados directos, de acuerdo con las necesidades identificadas, y esas estrategias deben basarse en las necesidades de la comunidad, los recursos, las estructuras y las actividades existentes en el distrito.²⁴ Este proceso local, que incluye la implementación local y la evaluación respectiva, es clave para la revisión permanente de la estrategia nacional.

Aunque se recomienda una estrategia integral, es preciso tener en cuenta la capacidad existente y los recursos



disponibles para la ejecución de las intervenciones complementarias. En un contexto con menos recursos, inicialmente se podrían implementar intervenciones en un par de áreas prioritarias, y agregar otras en forma gradual durante un período determinado. Es aconsejable elegir estratégicamente las áreas prioritarias para la aplicación inicial, según su capacidad de influir en los problemas identificados y la comprobación de que esas áreas tienen un efecto multiplicador.

Se recomienda utilizar el enfoque de planificación estratégica para:

- identificar y elegir las estrategias más eficaces con el fin de lograr el objetivo propuesto;
- desglosar las intervenciones complejas según los resultados intermedios;
- permitir flexibilidad cuando haya cambios en la situación y el contexto del problema;
- visualizar la cadena de resultados necesarios para lograr el objetivo.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



Adaptado de: Zehnder R et al., 2001⁸⁶

Algunas áreas requieren atención adicional, a saber:

- el aumento de la concienciación sobre las necesidades de salud materna y neonatal, para intensificar el papel de los hombres y personas con influencia de la comunidad;
- la preparación para el parto y situaciones de emergencia;
- la búsqueda de atención, principalmente la atención prenatal, los COEb y la atención materna y neonatal durante el puerperio;
- un mayor acceso a través de sistemas de financiamiento de salud comunitaria y sistemas de transporte;
- el mejoramiento de la calidad de la atención al fortalecer la competencia interpersonal e intercultural de los prestadores, e involucrar a la comunidad en la definición de la calidad de los servicios y en el proceso de implementación.



Como se señaló anteriormente, el diálogo con la comunidad puede servir de catalizador importante en cualquiera de estas áreas y, en general, para el inicio de una estrategia integral. Las necesidades especiales de los grupos minoritarios, indígenas o marginados, incluidos los refugiados y las personas desplazadas y pobres, deben ser tomadas en cuenta cuando se planifican y realizan las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades.

Para la ejecución “escalonada”, o la introducción en secuencia de las áreas prioritarias de intervención a nivel del sistema de salud del distrito, es necesario recordar las siguientes consideraciones:

- Las áreas de intervención deben ser identificadas como una prioridad por los diferentes interesados, entre ellos, miembros de la comunidad, autoridades de distrito y otros aliados en la implementación.
- Se debe esbozar la ejecución secuencial de las intervenciones desde la planificación inicial.
- En todas las etapas del programa (evaluación inicial, planificación, ejecución y evaluación final), deben participar los interesados directos en el sistema de salud del distrito, incluidos los representantes de la comunidad.
- Es preciso definir los indicadores fundamentales para el monitoreo y la evaluación en conformidad con los interesados directos.²⁹

Se deben considerar las perspectivas de incremento y sostenibilidad en el diseño de la estrategia con los individuos, las familias y las comunidades, y en todo el proceso de implementación escalonada. La coordinación y las alianzas son aspectos fundamentales a la hora de abordar estas perspectivas.

Además, es necesario buscar la coordinación entre las diferentes áreas de la salud, como las de la salud reproductiva, la salud infantil, la inmunización, el paludismo y otras, para apoyar la planificación de sistemas de salud de distrito. En realidad, sería útil tener una metodología y enfoque comunes –aun cuando se apliquen a programas y aspectos de salud específicos para la evaluación inicial y la planificación del sistema de salud del distrito.

3.3 Implementación

En la ejecución de la estrategia con los individuos, las familias y las comunidades, es preciso prestar atención especial a movilizar los recursos existentes, incluidos varios “recursos ocultos” (organizaciones locales, estructuras tradicionales, grupos) para integrarlos o vincularlos dentro del sistema de salud del distrito. El principio clave es comenzar con lo que ya existe y basarse en ello. Se requieren alianzas, y colaboración y coordinación formales entre los interesados directos para generar procesos coherentes de implementación en los niveles de distrito, intermedio y nacional.

El sistema de salud del distrito ⁸⁷

Después de la Asamblea Mundial de la Salud de 1986, el Comité del Programa Global de la OMS definió el sistema de salud del distrito como “una población bien definida, que vive dentro de una zona administrativa y geográfica claramente delineada, sea urbana o rural. Incluye todas las instituciones e individuos que proporcionan atención de salud en el distrito, ya sean gubernamentales, del seguro social, no gubernamentales, privadas o tradicionales. Por consiguiente,



el sistema de salud del distrito consta de una gran variedad de elementos relacionados entre sí, que contribuyen a la salud en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades a través del sector de la salud y otros sectores. Estos elementos deben estar adecuadamente coordinados para formar un conjunto plenamente abarcador de actividades de promoción, prevención, terapéuticas y de rehabilitación de la salud”.⁸⁸

En síntesis, el sistema de salud del distrito incluye:

- estructuras de servicios de salud (hospitales, centros o puestos de salud) y estructuras y personal de gestión de los servicios de salud;
- estructuras de desarrollo sanitario: consejos comunales, organizaciones de la sociedad civil (de mujeres, de autoayuda, de jóvenes, de trabajadores, de crédito, de campesinos, religiosas, étnicas, cooperativas), comités de desarrollo, comités de salud, ONGs, empresas y otros sectores.^{89, 90}

Esas dos estructuras son complementarias; incluyen y representan a las dos redes (red de servicios de salud y red social) presentadas en la parte 1 de este documento. Varias medidas concretas podrían ayudar a establecer alianzas entre estas dos estructuras, por ejemplo:

- preparar un inventario de las estructuras de desarrollo sanitario existentes o posibles dentro de un distrito particular;
- determinar cómo estas estructuras podrían contribuir al desarrollo de la salud de distrito;
- establecer mecanismos que vinculen la red de servicios de salud y la red social;
- determinar las clases de apoyo que necesitan las estructuras locales de desarrollo sanitario para poder ser más eficaces en la promoción de la salud.

El gobierno local puede desempeñar un papel clave dentro del distrito promoviendo la integración y la coordinación, y desarrollando planes integrales, movilizándolo los recursos, asegurando un equilibrio aproximado entre los sectores y generando información esencial. La información reciente permite una consideración importante de las funciones del gobierno local.⁸⁸

Basarse en los recursos existentes e integrarlos

Los recursos «ocultos»

Para la aplicación de la estrategia con los individuos, las familias y las comunidades, se debe tener muy en cuenta el potencial de las estructuras locales de salud y desarrollo dentro del distrito. La OMS realizó en 1992 un estudio de las estructuras locales de desarrollo sanitario. El resultado principal de este estudio es el descubrimiento de un número significativo de estructuras que se relacionan con la salud o que pueden hacerlo. Se encuentran dentro del sector oficial de la salud (comités comunales de salud, por ejemplo) y fuera de él (por ejemplo, organizaciones de mujeres, de jóvenes y agrícolas, comités de desarrollo de la comunidad). Estas estructuras son “recursos ocultos” que deben aprovecharse para mejorar el desarrollo de la salud.⁸⁹

Es más eficaz basarse en los puntos fuertes inherentes de las comunidades locales, de tal modo que las personas tengan un sentimiento de propiedad de las estructuras de desarrollo sanitario, en lugar de establecer estructuras nuevas y separadas que tal vez no cuenten con la credibilidad necesaria, en el lugar.¹⁷ La disponibilidad y la eficacia de las organizaciones locales son variables; sin embargo,



prácticamente todas las comunidades cuentan con organizaciones propias. Los programas deben ser capaces de identificar estas organizaciones desde el inicio del proceso de IFC.

En el ámbito de la comunidad, también existe una amplia gama de personas que trabajan para mejorar la salud. Algunos son los trabajadores oficiales de salud que trabajan dentro de una estructura bien definida, que puede ser pública o privada. Otros son los trabajadores de salud reconocidos por la comunidad a la que prestan sus servicios, como los proveedores tradicionales. La calidad de la atención y la consejería proporcionadas por los trabajadores de salud de la comunidad depende, en parte, de una definición de funciones y de la coordinación de estos recursos dentro de la comunidad.²⁴

Los medios locales y los canales populares de comunicación (el teatro, el arte) son recursos que también pueden utilizarse para aumentar el conocimiento y la conciencia de la población y los responsables de tomar decisiones.

Programas de salud existentes

La iniciativa MPS recomienda basarse en los programas de salud comunitaria existentes para maximizar las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades. Se requiere la convergencia de los esfuerzos a nivel de la comunidad entre las diferentes áreas de la salud, como la salud reproductiva, la salud infantil, la inmunización, el paludismo y otros programas operados por los ministerios de salud y ONGs.

Esta convergencia de esfuerzos es necesaria en todos los niveles (internacional, regional y nacional) y debe ser consolidada en los niveles intermedios y de distrito, o realizarse directamente dentro del distrito. Los comités comunales de salud (CCS) o las organizaciones de salud comunitaria pueden servir de vínculo formal entre la comunidad, los servicios de salud y los trabajadores comunitarios de salud. Además, se deben tener en cuenta los establecimientos de cuidados de salud existentes y otras actividades de salud efectuadas a nivel de la comunidad por organizaciones comunitarias, instituciones religiosas y ONGs, para integrarlos en la convergencia de esfuerzos.

Trabajadores comunitarios de salud²¹

En el ámbito de los individuos, las familias y las comunidades, se reconoce a los trabajadores comunitarios de salud, incluidas las parteras tradicionales, como recursos importantes para muchos sistemas nacionales de salud. Se les pide que se desarrollen y apoyen diversas intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades, principalmente como enlace para la referencia y para el apoyo social. Ya sea en pueblos rurales aislados o en barrios urbanos pobres de crecimiento rápido, los TCS constituyen un recurso importante para contar con atención de salud accesible, aceptable y asequible como parte de la continuidad de la atención necesaria. Sus funciones de asistencia a las madres y recién nacidos son menos importantes cuando existe un acceso fácil a la atención capacitada, privada o pública. Sin embargo, el papel que desempeñan en el desarrollo y la promoción es útil en todas las circunstancias y resulta crucial en las comunidades con menos recursos y dispersas.

Existe una sólida relación entre los sistemas de salud del distrito y los TCS. El sistema de salud del distrito es el marco de apoyo que debe tener el TCS para funcionar eficazmente. Este apoyo debe combinar el desarrollo sistemático de habilidades y la supervisión continua de los TCS en ejercicio, con un sistema fiable de referencia, asistencia técnica, un sistema de suministro y un sistema de información.



Organizaciones no gubernamentales

Algunas ONGs internacionales y nacionales tienen mucha experiencia y conocimientos especializados acerca del desarrollo y la aplicación de los enfoques de la familia y la comunidad y, en particular, de la movilización comunitaria. Cada vez más, las ONGs constituyen aliados clave de los gobiernos y organismos internacionales, regionales, nacionales, provinciales y de distrito, e influyen positivamente en los sistemas de salud, en especial cuando hay una descentralización.^{29, 91} En muchos casos, han elaborado enfoques de implementación comunitaria o de distrito que podrían ser ampliados.

Las ONGs pueden desempeñar un papel significativo al crear un entorno favorable para la comunidad, por ejemplo en las áreas de establecer vínculos, fortalecer la capacidad de grupos de la comunidad, formar a los TCS y otras actividades. Podrían desempeñar una función en el fortalecimiento institucional del sistema de salud del distrito y, en particular, en la planificación participativa, el monitoreo y la evaluación conjuntas, la investigación operacional y la coordinación multisectorial. De manera más general, las ONGs tienen la capacidad y flexibilidad requeridas para elaborar enfoques integrados y programas innovadores que pueden ampliarse una vez comprobadas su factibilidad, eficacia y eficiencia.

Por último, las organizaciones nacionales y, en particular, las ONGs o las asociaciones de mujeres tienen el potencial para ampliar la capacidad de las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades. Son asociados especialmente interesantes. Pueden apoyar la aplicación de las medidas a través de sus miembros y estructuras de distrito, y abogar por la causa en el plano local y nacional.

Área de gobierno local

Convergencia de esfuerzos



Adaptado de: OMS/HRP, 2002⁹²



3.4 Monitoreo y evaluación

La determinación del desempeño de las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades, y sus contribuciones al bienestar y la supervivencia materna y neonatal es un tema central de los programas de esta área de salud. Un enfoque pragmático de evaluación de las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades consiste en seleccionar diversos métodos de medición y establecer una serie de indicadores, tanto cuantitativos como cualitativos, para que las limitaciones de una medida cualquiera sean compensadas por las ventajas de otra.⁷³ Se recomienda entonces el empleo de una variedad de fuentes y enfoques, según el entorno y los recursos disponibles, complementando los datos cuantitativos con información cualitativa.⁹³

Los indicadores para monitorear los programas de la salud se organizan normalmente en una estructura de insumos/procesos/productos que produce resultados. Es decir, se usan los indicadores para evaluar cómo los insumos de un programa son convertidos mediante las actividades (procesos) para obtener productos (productos) y, con el tiempo, cambios a nivel de la población (resultados).⁷³

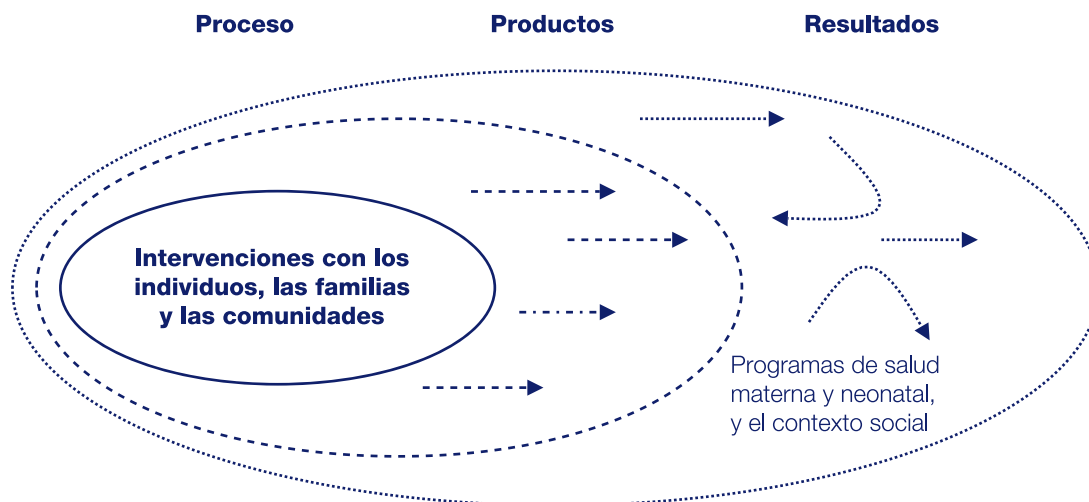
Ejemplo:

Insumo	Actividad	Producto	Resultado
Recursos financieros	Formación de los prestadores	Mejores capacidades de comunicación	Mayor utilización de los servicios de salud y de los asistentes calificados para atender partos

Los indicadores del proceso se refieren a las múltiples actividades que se llevan a cabo para implementar las intervenciones del programa, incluso qué se hace y cómo se hace. Los indicadores de productos se refieren al resultado de los esfuerzos en los niveles del programa (están directamente relacionados con los insumos y las actividades).

Los indicadores de resultados de las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades son difíciles de medir porque se logran en colaboración con otros aliados y mediante la combinación de intervenciones para el servicio de salud con los individuos, las familias y las comunidades para promover la salud materna y neonatal. Dependen en gran medida del desempeño del sector de la salud y también del contexto social, que influye mucho en cualquier programa de salud materna y neonatal.

El diagrama de abajo presenta el alcance de las intervenciones con individuos, familias y comunidades. Nuevamente, los indicadores de proceso y resultado se determinan más fácilmente, como también es más sencillo tener el control de las intervenciones y los programas. No obstante, para poder alcanzar los resultados de salud deseados, se necesitan los esfuerzos coordinados de un número de actores diferentes, y generalmente es difícil prever los diversos factores que pueden intervenir.



Adaptado de: Handouts on monitoring systems. Bern, Swiss Development Corporation, 2000

El monitoreo y la evaluación del componente en función de los indicadores de resultados deben integrarse en los mecanismos y procesos existentes, empleados por los actores en la promoción de la salud materna y neonatal, y la iniciativa general “Reducir los Riesgos del Embarazo” (Véase en el anexo 2 un modelo de resultados propuesto en el marco de la MPS, para el desarrollo de intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades). El monitoreo y la evaluación de los programas de salud materna y neonatal deben ampliar su alcance para incluir programas con los individuos, las familias y las comunidades. Esto es necesario para establecer el desempeño de los programas con los individuos, las familias y las comunidades, y sus contribuciones a la salud materna y neonatal.

De esta manera, el enfoque en los programas con los individuos, las familias y las comunidades se centrará en los indicadores del desempeño (proceso, productos). Los indicadores de los procesos serán la principal opción en la mayoría de los entornos.⁹⁴ Sin embargo, no está claro si estos indicadores realmente constituyen un marcador de los cambios en la mortalidad materna.⁷³

Los indicadores de los productos deben estar vinculados con el objetivo de las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades y, por lo tanto, deben dar indicios relacionados con el empoderamiento a las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, y el mayor nivel de acceso y utilización de los servicios de salud de calidad, en particular los servicios que son proporcionados por el proveedor calificado para atender partos.

Entre las principales fuentes de datos utilizadas para medir los resultados, se encuentran: a) los datos basados en la población (más comúnmente recogidos mediante encuestas muestrales) que proporcionan información sobre un grupo destinatario y las intervenciones relacionadas con los individuos, las familias y las comunidades; y b) los datos basados en los servicios, que comprenden datos sobre la utilización de los servicios y los resultados obtenidos de los sistemas de información sanitaria (es decir, registros y notas de casos), entrevistas a usuarios al salir de los establecimientos de salud, análisis situacionales y auditorías.

Una combinación de los indicadores de procesos, productos y resultados (evaluación del desempeño) –hay que definir las diferencias entre resultados y productos– también permitirá el seguimiento del progreso realizado en el logro de los resultados intermedios y finales definidos en el proceso de planificación estratégica para alcanzar el objetivo del programa. Permitirá a los programas evaluar si se logra la cadena definida de resultados y, en particular, si es válida la hipótesis que sustenta



la cadena secuencial. La información es usada por los directores de programas y los interesados directos para documentar las intervenciones y hacer ajustes, según sea necesario, en la planificación estratégica.

La evaluación del desempeño ayuda a los colaboradores a fortalecer la eficacia de los programas, puesto que:

- aumenta el conocimiento e identifica lecciones acerca de qué funciona y cómo;
- proporciona información para saber si las intervenciones son apropiadas, eficientes y eficaces;
- mejora la rendición de cuentas a las personas interesadas en propuestas de desarrollo o afectadas por ellas.

La información sobre el desempeño de las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades será recopilada mediante:

- el *monitoreo* (datos de retroalimentación recogidos sistemáticamente durante el proceso de ejecución para comprobar el desempeño);
- *revisiones* periódicas (analizando información sobre el desempeño para comprobar si las intervenciones están en la senda correcta que conduce a objetivos estratégicos o si se requieren correcciones a mitad del camino); y
- la *evaluación* (proporcionando una evaluación más fundamental, lo más sistemática posible, de un programa en curso o completado, en cuanto a su diseño, su implementación, sus productos y sus resultados).

Son ejemplos de los indicadores para medir las actividades con los individuos, las familias y las comunidades: el porcentaje de partos atendidos por un proveedor calificado, la mayor utilización de la atención prenatal y en el puerperio, mayor satisfacción y preferencias por la atención, mejores capacidades interpersonales e interculturales del personal de salud, planes de la comunidad para el transporte, mayor conocimiento y conciencia acerca de los problemas de salud materna y neonatal. Es preciso hacer hincapié en los indicadores del autocuidado como un área importante de evaluación para desarrollar. No obstante, los indicadores deben ser seleccionados en función del alcance del programa que se evalúa.

Los métodos que no se relacionan con los indicadores también pueden ser importantes para el monitoreo y la evaluación, como las auditorías de las defunciones maternas. Las auditorías de los obstáculos y los problemas encontrados por las mujeres que necesitan atención, efectuadas en forma anónima usando indicadores globales, también pueden ser eficaces para medir la repercusión de las intervenciones, los individuos, las familias y las comunidades.⁷²

De manera más general, adoptar un enfoque de promoción de la salud conduce a diferencias importantes en la perspectiva de lo que constituye el éxito y el proceso para medirlo.⁹⁵ El proceso de recopilar información para determinar el desempeño y el “éxito” debe realizarse en conjunto con los diferentes actores e interesados directos y, en particular, con representantes femeninos de la comunidad.

Los enfoques participativos en los niveles de la comunidad y el distrito y la participación multisectorial en el monitoreo y la evaluación deben abarcar desde el diseño hasta la recolección de datos, el análisis y la participación en los resultados. La evaluación está concebida como parte de los procesos de empoderamiento y mejoramiento de la calidad.

^h Diseñado en conformidad con *Strategic Directions for Improving the Health and Development of Children and Adolescents*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 [documento borrador].



4. EL PAPEL DE LA INICIATIVA MPS/OMS

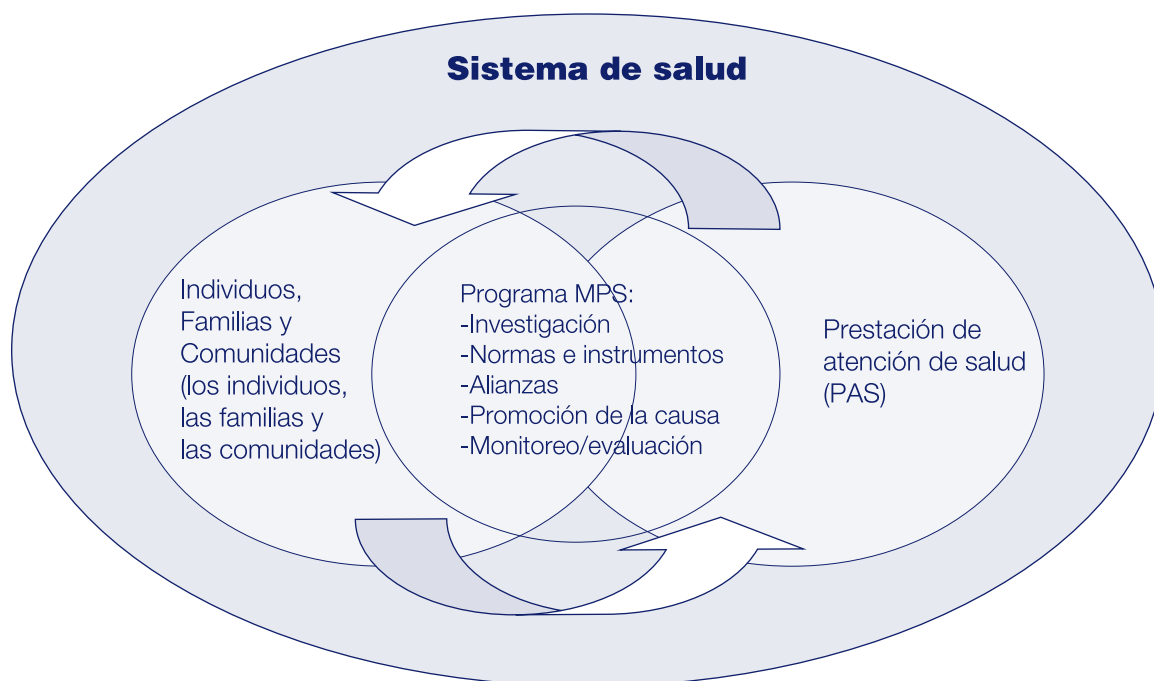
La función de la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” de la OMS para el trabajo con individuos, familias y comunidades a fin de mejorar la salud materna y neonatal se define según los siguientes criterios.^h

- El área de trabajo está relacionada con la misión y la competencia de la OMS y las áreas de trabajo de la iniciativa MPS.
- MPS de la OMS apoya los esfuerzos de los Estados Miembros, sus ministerios de salud y otros sectores con la responsabilidad de contribuir a la salud materna y neonatal.
- MPS de la OMS complementa los puntos fuertes y las iniciativas de otros organismos de las Naciones Unidas, organismos multilaterales y bilaterales de desarrollo, organizaciones no gubernamentales y el sector privado, y no compete con ellos.

El diagrama presentado a continuación muestra que la finalidad de la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” es contribuir a la prestación de servicios de salud y a crear un entorno favorable para los individuos, las familias y las comunidades.

El diagrama también indica que MPS es uno de múltiples actores, con áreas específicas de trabajo (investigación, normas e instrumentos, alianzas, promoción de la causa, monitoreo y evaluación final), que trabaja en forma coordinada y sinérgica con otros aliados.

Embarazo más seguro, uno de múltiples actores





4.1 Funciones específicas

Las funciones específicas de MPS/OMS para el trabajo con individuos, familias y comunidades a fin de mejorar la salud materna y neonatal incluyen:

reunir y difundir la información y experiencias relacionadas con el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades.

fortalecer y aumentar el compromiso internacional, nacional y local con el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades, y la rendición de cuentas acerca de ese trabajo; y con la integración de esta área en las políticas, las estrategias y los programas.

integrar el concepto y los principios de las actividades con los individuos, las familias y las comunidades de MPS y las consideraciones pertinentes en las normas, pautas e instrumentos de la OMS.

proporcionar instrumentos y asesoramiento técnico para apoyar la aplicación de las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades.

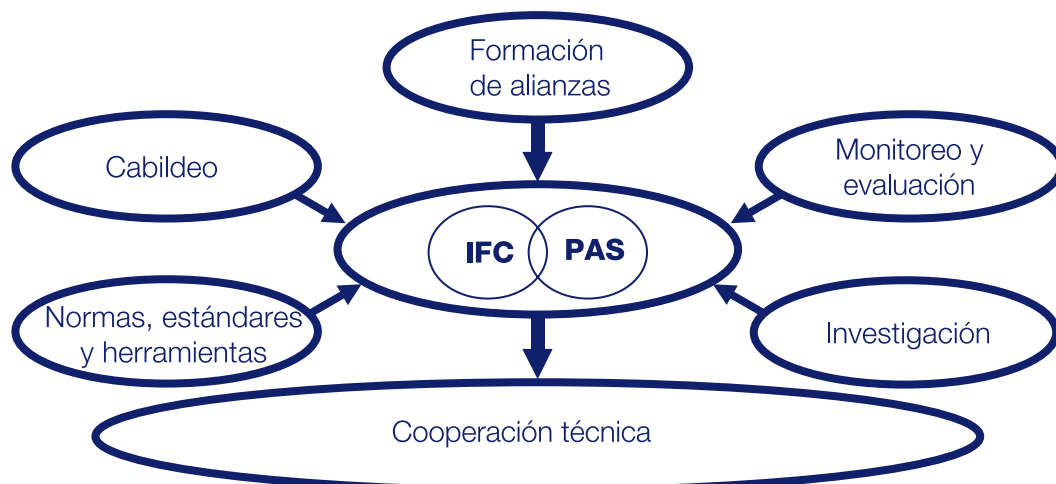
colaborar con todos los socios para desarrollar programas y planes orientados al trabajo con los individuos, las familias y las comunidades.

prestar apoyo técnico para la implementación y la coordinación eficaces en el ámbito internacional, regional, nacional, intermedio y de distrito, relacionado con las estrategias e intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades.

documentar y monitorear el progreso realizado en la aplicación de las estrategias e intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades en el ámbito nacional, regional y mundial.

Estas funciones se integran en las áreas actuales de trabajo de la iniciativa más amplia de MPS, como se muestra en la figura de abajo.

Actividades de “Embarazo más seguro”



ⁱ Dentro de la OMS, CAH será un socio clave debido a su trabajo en materia de salud del recién nacido y de las adolescentes.



4.2 Actividades

Se deben incluir el examen, la documentación, la difusión y la evaluación en todo el ámbito del Equipo mundial de MPS (la sede, las regiones, los países). Los enfoques documentados y las enseñanzas adquiridas de las actividades nacionales permitirán el intercambio y la ampliación de programas locales con éxito. Además, la iniciativa efectuará el examen sistemático de la bibliografía actual y las experiencias en todo el mundo en las áreas prioritarias de intervención con los individuos, las familias y las comunidades, y difundirá los resultados del examen.

MPS identificará las necesidades de investigación y abogará por la realización de más investigaciones operacionales (IO) pertinentes para el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades. Se establecerán las prioridades sobre la base de la necesidad de actualizar y validar los conocimientos para fortalecer el marco estratégico, en las áreas de investigación actualmente no abordadas por otros y en relación con las necesidades identificadas en el ámbito nacional en los establecimientos de salud y las comunidades. La iniciativa también promoverá la investigación en las áreas prioritarias de intervención con los individuos, las familias y las comunidades.

Los resultados de la investigación, las consultas a expertos y las revisiones sistemáticas conducirán al desarrollo de enfoques, directrices e instrumentos para apoyar la evaluación y la ejecución del marco estratégico. Además, estos resultados de las actividades con los individuos, las familias y las comunidades se reflejarán en normas e instrumentos de la OMS para la MPS. El equipo de MPS trabajará con ministerios de salud y otros aliados a fin de integrar los enfoques y adaptar o establecer normas e instrumentos conforme a las necesidades del programa y de cada país. La iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” de la OMS promoverá que las políticas nacionales reflejen un compromiso con un enfoque de salud amplio (Promoción de la Salud) e integren las intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades en sus programas de salud materna y neonatal.

El equipo de MPS prestará un apoyo programático y técnico constante, para asegurar que se proporcione a cada país toda la gama de conocimientos y experiencias. En particular, el equipo de MPS asegurará la transferencia de conocimientos actualizados y directrices en materia de políticas y ayudará a incrementar la capacidad de ejecución en todos los niveles.

4.3 Alianzas

Se requiere una estrecha colaboración con los otros equipos de SRIC y otros departamentos de la SOMS, en particular con CAHⁱ, Roll Back Malaria (Hacer Retroceder el Paludismo), Salud de la Mujer, VIH/Sida, Nutrición, el equipo de Promoción de la Salud de la OMS y, más específicamente, con el Componente de Salud Escolar de la Red de la OMS para la Promoción de la Salud en Países Populosos. Las alianzas con otros organismos de las Naciones Unidas, organismos multilaterales y bilaterales de desarrollo, ONGs y, cada vez más, el sector privado, la sociedad civil y las comunidades, son también esenciales para establecer intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades y cumplir las funciones de Reducir los Riesgos del Embarazo.

La premisa fundamental es basarse en los conocimientos y la experiencia de diferentes aliados y actores del ámbito internacional, regional y nacional. Como se presenta en la parte 2, el UNDAF podría ser un enfoque útil en el ámbito nacional para la implementación de un programa coordinado.



Un ejemplo de la colaboración posible es el Proyecto de Calidad de la Atención.¹⁹ El proyecto, que cuenta con financiamiento de la Fundación de las Naciones Unidas, es una coalición de organismos de las Naciones Unidas (STEP/OIT, UNICEF, OMS) encabezada por el UNDAF, con el fin de elaborar un marco metodológico que incluya tanto a los usuarios (“demanda”) como a los prestadores (“oferta”) para mejorar la calidad de la atención de salud sexual y reproductiva. Cada uno de los cuatro aliados integrantes de Naciones Unidas aportará al esfuerzo su área específica de conocimientos.

Se debe elaborar un cuadro que resuma las diversas contribuciones de diferentes aliados al mejoramiento de la salud materna y neonatal en el ámbito mundial, regional y nacional. Este será un primer paso concreto para determinar los programas, los recursos y la experiencia existentes.

Sin embargo, es preciso crear mecanismos específicos para la operación de las alianzas. En el ámbito mundial, hay varios organismos que pueden desempeñar este papel. Por ejemplo, en la sede de la OMS, se pueden establecer de manera oficial comités intragrupos o intergrupos. El movimiento para la Maternidad Segura tiene un Grupo Interinstitucional, responsable de la coordinación y la consejería técnica. Se podría formar un subcomité para el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades. En el ámbito regional, existe coordinación de los esfuerzos, como las redes de Prevención de la Mortalidad Materna. Muchos países han establecido comités nacionales para coordinar el trabajo orientado a promover la maternidad segura y la salud del recién nacido.

4.4 Perspectivas...

Con el transcurso del tiempo, la eficacia del marco estratégico de MPS propuesto para el desarrollo de intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades dependerá de la flexibilidad y la capacidad de examinar, revisar y validar de manera continua las opciones propuestas. Se emprenderá un proceso sistemático para monitorear y evaluar las actividades de la iniciativa MPS en relación con el componente de trabajo con los individuos, las familias y las comunidades. La función, el nivel de la actividad y las áreas de acción para el departamento de MPS de la OMS se modificarán en respuesta al progreso y, especialmente, de acuerdo con las prioridades de los países.



REFERENCIAS

- ¹ *Health promotion, Ottawa charter*. Geneva, World Health Organization, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1).
- ² *A WHO framework for health system performance assessment*. GPE Discussion Paper No. 6. WHO/Global Programme on Evidence for Health Policy, Geneva, World Health Organization, 1999.
- ³ World Health Organization. Quick reference compendium of selected key terms. *World Health Report 2000* (<http://www.who.int>).
- ⁴ Dean K, Kickbush I. Health related behaviour in health promotion: utilizing the concept of self-care. *Health Promotion International*, 1994, 10:35–40.
- ⁵ *Programming for safe motherhood: guidelines for maternal and neonatal survival*. New York, United Nations Children's Fund, 1999.
- ⁶ Simon J et al. *The family health cycle: from concept to implementation*. Washington, DC, World Bank Group, 2001.
- ⁷ *Knowledge into action: the WHO strategy on child and adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization, 2003.
- ⁸ *Informasi ringkas paradigm sehat, Indonesia sehat, 2001* [Brief information on healthy paradigm, Healthy Indonesia, 2001]. Jakarta, Departemen Kesehatan Ri, Pusat Promosi Kesehatan, 2002.
- ⁹ *National Safe Motherhood Action Plan 2001–2005: Western Pacific Region*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2002.
- ¹⁰ Ratzan S. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 2001, 16:207–214.
- ¹¹ Stetson V, Davis R. *Health education in primary health care projects: a critical review of various approaches*. Washington, DC, Core Group/USAID, 1999 (www.coregroup.org/resources/health_ed.pdf, 24 October 2003).
- ¹² Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. *Health behavior and health education: theory research and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1990.
- ¹³ Faundez A. The pedagogy of text briefly described. *Intercambios*, Vittoria, Institute for Development and Education of Adults (IDEA) 1999, 12:1.
- ¹⁴ Santarelli C. Behaviour change, social change or changing ourselves. Geneva, Enfants du Monde, 2002 [unpublished document].
- ¹⁵ *The evidence of health promotion effectiveness. Report for the European Commission, part one*. Brussels, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2000.
- ¹⁶ Oakley P. *Community involvement in health development: an examination of the critical issues*. Geneva, World Health Organization, 1989.
- ¹⁷ Kahssay HM, Oakley P, eds. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Geneva, World Health Organization, 1999.
- ¹⁸ Kaseje DCO, Orinda V. The community dialogue model based on the principles of partnership in action for health focusing on behaviour change. New York, United Nations Children's Fund, 2001 [unpublished paper].
- ¹⁹ *Improving the quality of sexual and reproductive health care*. New York, United Nations Population Fund, 2000 [project document].
- ²⁰ World Bank. *The World Bank participation sourcebook* (<http://www.worldbank.org/wbi/sourcebook/sbhome.htm>, 24 October 2003).
- ²¹ Kahssay HM, Taylor ME, Berman PA. *Community health workers: the way forward*. Geneva, World Health Organization, 1998.
- ²² *A framework to assist countries in the development and strengthening of national and district health plans and programmes in reproductive health: suggestions for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/FCH/RHR/02.2).
- ²³ Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *British Medical Journal*, 2001, 322:917–920.



- ²⁴ *Family and community component of IMCI, briefing package*. Harare, World Health Organization Regional Office for Africa, 2002 [draft document].
- ²⁵ Olowu B. The role of local government in health: comparative experiences and major issues as cited in: *Local systems and partnerships (LSP) for health: the work of WHO* [draft document] (WHO/IWC/97.3).
- ²⁶ World Health Organization. *Health promotion: milestones on the road to a global alliance*. Geneva, 1998, WHO fact sheet No. 171 (revised) (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact171.html>, 24 October 2003).
- ²⁷ World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund. *Women-friendly health services. Experiences in maternal care. Report of a WHO/UNICEF/UNFPA Workshop, Mexico City, Mexico, January 1999*. New York, United Nations Children's Fund, 1999.
- ²⁸ *Regional strategy for maternal mortality and morbidity reduction*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003.
- ²⁹ Winch P et al. *Reaching communities for child health and nutrition: a framework for household and community IMCI*. Calverton, MD, Child Survival Technical Support Project/ORC Macro, 2001.
- ³⁰ *The state of the world's children 1998*. New York, United Nations Children's Fund, 1997.
- ³¹ World Health Organization. *WHO's global school health initiative: helping schools to become "health-promoting schools"*. 1998, WHO Fact sheet No. 92 (revised) (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact092.html>, 24 October 2003).
- ³² Ray C. Sex Education, Highlight, National Children's Bureau, as cited in: *The status of school health*. Geneva, World Health Organization, 1996:25 (WHO/HPR/HEP/96.1).
- ³³ *Improving health through schools: national and international strategies*. Geneva, World Health Organization, 1999.
- ³⁴ Berman P, Kendall C, Bhattacharyya, K. The household production of health: integrating social science perspectives on microlevel health determinants. *Social Science & Medicine*, 1994, 38:205-215.
- ³⁵ Moore KM. *Safer motherhood, safer womanhood: review of literature and lessons learned*. World Health Organization, 2002 [unpublished document].
- ³⁶ *Quality of sexual and reproductive health services. Interaction between service providers and users: the foundation of good sexual and reproductive health care*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001.
- ³⁷ Tinker A, Finn K, Epp J. *Improving women's health: issues & interventions*. Washington, DC, World Bank, 2000.
- ³⁸ *The state of the world's children 2002*. New York, United Nations Children's Fund, 2001.
- ³⁹ *Pregnancy, childbirth, post-partum and newborn care: an essential care guide*. Geneva, World Health Organization, 2003 [draft document].
- ⁴⁰ Nachbar N, Baume C, Parekh A. *Assessing safe motherhood in the community: a guide to formative research*. Arlington, VA, MotherCare/John Snow, Inc., 1998.
- ⁴¹ Safe Motherhood Inter-Agency Group et al. *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Report on the safe motherhood technical consultation, Colombo, Sri Lanka. 18-23 October 1997*. New York, Safe Motherhood Inter-Agency Group/Family Care International, 1998.
- ⁴² *Global action for skilled attendants for pregnant women*. Geneva, World Health Organization, 2002 [draft document].
- ⁴³ Moore KM. Safer motherhood 2000: toward a framework for behavior change to reduce maternal deaths. In: *The communication initiative*, January 2000:9 (http://www.comminit.com/misc/safer_motherhood.html, 24 October 2003).
- ⁴⁴ Kureshy N. MotherCare's community assessments: understanding family and community behaviours and practices. *MotherCare Matters*, John Snow, Inc., Arlington, VA, 2000, 8:3-4.
- ⁴⁵ Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, G.A. res. 217A (III), United Nations Doc. A/810, at 71, Article 25 (2). New York, United Nations, 1948.
- ⁴⁶ Rosenfeld A, Maine D. Maternal mortality—a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet* 1985, 2:83-85.
- ⁴⁷ Cook RJ et al. *Advancing safe motherhood through human rights*. Occasional paper. Geneva, World Health Organization, 2001.



- ⁴⁸ *Birth rights: new approaches to safe motherhood*. London, Panos Institute, 2001.
- ⁴⁹ International Health and Human Rights Program, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, World Health Organization. *Assessing safe motherhood from a human rights perspective: a tool*. Geneva, World Health Organization, 2002 [draft document].
- ⁵⁰ Kholil A, Iskandar MB, Sciortino R. *The life saver: the mother friendly movement in Indonesia*. Jakarta, The State Ministry for the Role of Women, Republic of Indonesia and the Ford Foundation, 1998.
- ⁵¹ Kim YM, Kols A. Counselling and communicating with men to promote family planning in Kenya and Zimbabwe: findings, lessons learned and programme suggestions. In: *Programming for male involvement in reproductive health: report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health. WHO/PAHO, Washington DC, USA, 5-7 September 2001*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- ⁵² Marsh D et al. Identification of model newborn care practices through a positive deviance inquiry to guide behavior change interventions in Harpur, Pakistan. Westport, Save the Children Federation/USA, 2001.
- ⁵³ Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia. CAI Comunal: Guía metodológica (Versión Valles) [Community committees for the analysis of information: methodological guide]. La Paz, ESPERANZA/Bolivia and Maternal and Neonatal Health/JHPIEGO, 2001.
- ⁵⁴ Preker AS et al. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:143-150.
- ⁵⁵ Atim C. The contribution of mutual health organisations to financing, delivery, and access to health care: synthesis of research in nine west and central African countries. Washington, DC, Partnerships for Health Reform, 1998.
- ⁵⁶ International Labour Organization and Pan American Health Organization. *Extending social protection in health to excluded groups in Latin America and the Caribbean: the search for effective answers to a growing problem*. Mexico City, International Labour Organization and Pan American Health Organization, 1999 (RRMEX-PS/EST.5e).
- ⁵⁷ Fiedler JL, Wight JB. Financing health care at the local level: the community drug funds of Honduras. *International Journal of Health Planning and Management*, 2000, 15:319-340.
- ⁵⁸ Maine D, ed. Prevention of maternal mortality network. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1997, 59: Supplement No. 2.
- ⁵⁹ Murakami H et al. Revolving funds at the front-line health facilities in Vientiane, Lao PDR. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:98-106.
- ⁶⁰ Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *International Journal of Health Planning and Management*, 1997, 12:1-27.
- ⁶¹ Mariam DH. Indigenous social insurance as an alternative financing mechanism for health care in Ethiopia (the case of *eders*). *Social Science & Medicine*, 2003, 56:1719-26.
- ⁶² World Health Organization and United Nations Children's Fund. *The renewed Bamako Initiative: operational framework*. Geneva, World Health Organization, 2000 [draft document].
- ⁶³ Kwast BE. Building a community-based maternity program. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48(Suppl.): S67-82.
- ⁶⁴ Hanson L, MacKenzie S, eds. *Proceedings of Safe Motherhood Asia. A ten-country consultation workshop on lessons learned*. Ujung Pandang, Indonesia, United Nations Children's Fund and Canadian International Development Assistance (CIDA), 1997.
- ⁶⁵ Gordis D et al. MotherCare: lessons learned 1989-1993, summary final report. Arlington, VA, John Snow, Inc., 1994.
- ⁶⁶ Njie H. Uganda gets her there on time! *World Health*, 1998, 1:14-15.
- ⁶⁷ Schmid T et al. Transportation for maternal emergencies in Tanzania: empowering communities through participatory problem solving. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1589-1590.
- ⁶⁸ Koblinsky M et al. *Issues in programming for safe motherhood*, Arlington, VA, MotherCare, 2000.



- ⁶⁹ *Safe motherhood, maternity waiting homes: a review of experiences.* Geneva, World Health Organization, 1996.
- ⁷⁰ World Health Organization, International Confederation of Midwives and International Federation of Gynaecology and Obstetrics. *Joint statement on skilled attendants.* Geneva, World Health Organization, 2003 [draft document].
- ⁷¹ Darmstadt G, Black RE, Santosham M. Research priorities and postpartum care strategies for the prevention and optimal management of neonatal infections in less developed countries. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 2000, 19: 739-750.
- ⁷² *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement.* Geneva, World Health Organization, 1999.
- ⁷³ MacDonald M, Starrs A. *Skilled care during childbirth: policy brief.* New York, Safe Motherhood Inter-Agency Group/Family Care International, 2002.
- ⁷⁴ Berer M, Ravindran TKS, eds. Preventing maternal mortality: evidence, resources, leadership, action. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues.* London, Blackwell Science, 1999:13-23.
- ⁷⁵ MotherCare, John Snow Inc. On the pathway to maternal health—results from Indonesia. *MotherCare Matters*, 1995:5(1).
- ⁷⁶ *Movilización comunitaria por una maternidad segura [Community mobilization for safe motherhood].* La Paz, Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura, 2002.
- ⁷⁷ Maximizing Access and Quality, Community Driven Quality Sub-committee. *CDQ Framework.* Adapted from Save the Children. <http://www.maqweb.org>
- ⁷⁸ Hodnett, ED. Support from caregivers in childbirth. In: Enkin MW et al., eds. *Pregnancy and childbirth module of the Cochrane Database of Systematic Reviews.* London, BMJ Publishing Group, 1995.
- ⁷⁹ Langer A et al. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: a social intervention evaluated through an experimental design. *Social Science & Medicine*, 1993, 36:495-507.
- ⁸⁰ *Best practices—performance and quality improvement.* Baltimore, MD, JHPIEGO, 2001.
- ⁸¹ Fingers W. A client perspective helps improve services. *Network*, Family Health International, 1998, Vol. 19, No. 1.
- ⁸² Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Empowering counseling—a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research*, 2001, 16:227-238.
- ⁸³ *Foundation module: the midwife in the community.* Geneva, World Health Organization, 1996.
- ⁸⁴ Moore KM et al. *Assessing the “caring” behaviours of skilled maternity care providers during labor and delivery: experience from Kenya and Bangladesh.* Washington, DC, CHANGE Project, Academy for Educational Development/Manoff Group, 2002.
- ⁸⁵ Becker J, Leitman E. Introducing sexuality within family planning: the experience of three HIV/STD prevention projects from Latin America and the Caribbean. *Quality/Calidad/Qualité*, 1997, No. 8.
- ⁸⁶ Zehnder R et al. *Manuel de cycle de projet [Manual for the project cycle].* Lausanne, Fondation Terre des Hommes, December 2001.
- ⁸⁷ *District health systems, gLocal and regional reviews based on experience in various countries.* Geneva, World Health Organization.
- ⁸⁸ *Report on the interregional meeting on strengthening district health systems based on primary health care. Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987.* Geneva, World Health Organization, 1987.
- ⁸⁹ Health development structures in district health systems: the hidden resources. Geneva, World Health Organization, 1994.
- ⁹⁰ *The role of local government in health, report of a WHO consultative meeting, Ethiopia, October 1997.* Geneva, World Health Organization, 1997.
- ⁹¹ Laski L. *Community participation in designing and monitoring reproductive health programmes.* New York, United Nations Population Fund, 2000 (Technical Report 36).
- ⁹² *Community involvement in rolling back malaria.* Geneva, World Health Organization, 2002.
- ⁹³ AbouZahr C. Measuring maternal mortality: what do we need to know? In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood*



initiatives: critical issues. London, Blackwell Science, 1999:13-23.

- ⁹⁴ Campbell OMR. Measuring progress in safe motherhood programmes: uses and limitations of health outcome indicators. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999:31-42.
- ⁹⁵ Nutbeam D. Health outcomes and health promotion: defining success in health promotion. In: *The evidence of health promotion effectiveness. Part II*. Brussels, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2000.
- ⁹⁶ Erben R, Franzkowiak P, Wenzel P. People empowerment vs. social capital: from health promotion to social marketing. *Health Promotion Journal of Australia*, 2000, 9:179-182.
- ⁹⁷ Gutzwiller F, Jeanneret O, eds. *Médecine sociale et préventive: santé publique* [Social and preventive medicine: public health]. Bern, Editions Hans Huber, 1996.
- ⁹⁸ Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 1999, 49:1431-1460.
- ⁹⁹ Dhillon HS, Philip L. *Health promotion and community action for health in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 1994.



ANEXO 1

Promoción de la salud como base conceptual para el trabajo con individuos, familias y comunidades a fin de mejorar la salud materna y neonatal

La iniciativa “Promoción de la Salud” propone un enfoque que se origina en un análisis de la amplia gama de influencias en la salud y en una visión del papel positivo y activo desempeñado por los individuos y los grupos. Por lo tanto, establece excelentes bases para el trabajo con los Individuos, las Familias y las Comunidades. La promoción de la salud, según se declara en la Carta de Ottawa (1986), es “un proceso de capacitar a las personas y los grupos para ejercer un mayor control de su salud y calidad de vida, y mejorarlas”.³ Se considera que la salud es “un concepto positivo que hace hincapié en los recursos personales y sociales, así como en las capacidades físicas”.

La promoción de la salud tiene el propósito de iniciar e impulsar los procesos de cambio social, en busca del mejoramiento de las condiciones de vida que conducen a la salud,⁹⁶ a los factores determinantes de la salud, como la paz, la vivienda, la educación, los ingresos adecuados, la justicia social y la equidad. Este objetivo requiere un cambio de los paradigmas terapéuticos y preventivos, basados en la enfermedad y los problemas de salud, hacia un paradigma socioecológico, que aborde las inequidades, la justicia social y las normas sociales, como condiciones para mejorar la salud. Hay también un cambio de los resultados en el individuo a los colectivos y hacia un enfoque más integral que da mayor legitimidad al trabajo interdisciplinario e intersectorial.⁹⁶

Tres estrategias principales de la acción social constituyen el núcleo del enfoque de “Promoción de la Salud”: el empoderamiento, el apoyo social y la promoción de la causa.

El *empoderamiento* es la esencia de una estrategia eficaz de “Promoción de la Salud”, aplicada en dos niveles complementarios que interactúan y se afectan entre sí.^{97, 98}

a nivel individual: las actividades tienen como finalidad aumentar recursos tales como el conocimiento, la capacidad cognitiva, la competencia en materia de salud y la capacidad de elegir opciones saludables;

a nivel colectivo: las actividades tienen como finalidad producir cambios estructurales en el entorno local y mundial para mejorar el acceso a los recursos sociales, económicos y políticos.

La promoción de la salud reconoce que los individuos tienen competencias y capacidades que aplican en su vida cotidiana para mantener la salud. Se logran considerables mejoras en la salud al fortalecer y mejorar estas competencias y capacidades, en gran parte mediante procesos educacionales. Con esta prioridad en mente, la Declaración de Yakarta señala que la “Promoción de la Salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de las personas para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud”.²⁰

El *apoyo social* se logra a través de grupos, organizaciones comunitarias e instituciones que promueven modos de vida saludables y entornos favorables para la salud como una norma social, y fomentan la acción de la comunidad para la salud. Ese apoyo es ofrecido por los sistemas que prestan servicios de atención de salud y promueven actividades de desarrollo conexas que influyen en la salud.



La *promoción de la causa*, como estrategia central de la acción social, busca generar la demanda del público, colocar los temas de salud en un lugar destacado entre los asuntos de interés público y convencer a quienes tienen influencia para que actúen en apoyo de la salud. La promoción de la causa, el compromiso político y las políticas de apoyo son a menudo productos del apoyo social y el empoderamiento de las personas y, por consiguiente, deben ser considerados elementos complementarios.⁹⁹

Para aplicar los conceptos incorporados en la Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa propone un marco de acciones:

la formulación de una política pública favorable a la salud, que incorpore la salud en el programa de los formuladores de políticas en todos los sectores y en todos los niveles del sistema de salud;

la creación de entornos propicios, que vinculen a las personas y su entorno y generen condiciones de vida que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables;

el fortalecimiento de la acción comunitaria, que incluya empoderar a las comunidades a través de la información, las oportunidades de aprendizaje y los recursos;

el desarrollo de capacidades personales, que se concentre en apoyar el desarrollo personal y social, y en permitirles a las personas aprender en diferentes entornos y etapas;

la reorientación de los servicios de salud, que distribuya la responsabilidad de la promoción de la salud entre todos los actores y prevea una misión que vaya más allá de la prestación de servicios clínicos y curativos, con sensibilidad y respeto para las necesidades culturales y personales.



La fuerza total del concepto de Promoción de la Salud se logra cuando se desarrollan simultánea e integralmente las cinco áreas de las actividades, mediante estrategias centrales y el uso de valores y principios orientadores como base.

Source: WHO/WPRO, 2002⁹



ANEXO 2

Un modelo de resultados en el marco de reducir los riesgos del embarazo para establecer intervenciones con los individuos, las familias y las comunidades

Resultados de salud y sociales	<p>Resultados de salud: las medidas incluyen contribuir a la reducción de la morbilidad, la discapacidad, la mortalidad y la mortalidad evitable de las madres y los recién nacidos.</p> <p>Resultados sociales: las mediciones incluyen contribuir al mejoramiento de la situación de género, la equidad, el empoderamiento, el apoyo social.</p>		
Resultados intermedios de salud (factores determinantes de la salud y resultados sociales para la salud materna y neonatal; metas fundamentales de la promoción de la salud)	Estado de salud Las mediciones incluyen: la atención y el autocuidado apropiado de la mujer embarazada, que abarca la nutrición adecuada, el no consumo de alcohol y drogas, las vitaminas, la observancia del tratamiento, el volumen de trabajo y la higiene adecuada; el cuidado apropiado del recién nacido, incluido el cuidado del cordón, el alojamiento conjunto de la madre y el bebé; la alimentación del lactante, la vacunación.	Atención prestada por los servicios de salud Las mediciones incluyen: la eficacia y capacidad de respuesta de los servicios de salud materna y neonatal, incluida la atención prenatal, del parto y del puerperio.	Entornos propicios Las mediciones incluyen: un entorno físico seguro; las condiciones económicas y sociales favorables; el suministro adecuado de alimentos; la restricción del acceso al alcohol y las drogas; el acceso a un asistente de partería profesional y a establecimientos de salud.
Resultados de la promoción de la salud (factores personales, sociales y estructurales para lograr cambios en los factores determinantes)	Alfabetización en salud Las mediciones incluyen: el conocimiento y las capacidades relacionados con la salud materna y neonatal; las intenciones de buscar atención; decisiones saludables.	Acción e influencias sociales Las mediciones incluyen: la participación comunitaria; el empoderamiento de la comunidad; las normas sociales; la opinión pública.	Política pública favorable para la salud y práctica de organización Las mediciones incluyen: la reglamentación; la asignación de recursos; las prácticas organizativas en el sistema de salud del distrito; el proceso de planificación participativa.
Acciones de promoción de la salud	Educación Algunos ejemplos son: la formación de los trabajadores de salud en las habilidades interpersonales e interculturales; la educación para la salud; la educación escolar; la educación de adultos; los medios de difusión y otros canales de comunicación.	Movilización social Algunos ejemplos son: la organización comunitaria; la formación de grupos; la participación de los hombres y las familias; el diálogo con la comunidad.	Promoción de la causa Algunos ejemplos son: la vigilancia epidemiológica de las comunidades; la participación comunitaria en el comité de salud y la planificación sanitaria; el cabildeo en favor de los derechos reproductivos.

Adaptado de: Nutbeam, D, 2000⁹⁵



ANEXO 3

Otros materiales consultados

Arnold DY et al. *Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el Altiplano Boliviano*. La Paz, Instituto de Lengua y Cultura Aymara (ILCA), 2000.

Arteaga E et al. *Manual, sistema epidemiológico comunitario integral*. La Paz, Save the Children - Bolivia and PCS/Johns Hopkins University-Bolivia, 1999.

Better quality of life through sustainable development in the Eastern Mediterranean Region. Cairo, World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean, 2001.

Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva, World Health Organization, 2003 [draft document].

Clark S et al. *Increased participation of men in reproductive health programs: a resource document for the ICPD+5 follow-up process*. Oslo, Norwegian Board of Health under a contract with DiS/Centre for Partnership in Development, 1999.

Common ground sexuality: principles for working on sexuality. New Delhi, TARSHI, 2001.

Dohlie MB et al. COPE (client-oriented, provider-efficient), a model for building community partnerships that improve care in East Africa. *Journal for Healthcare Quality*, 2000, 22:34-39.

Family and community practices in reproductive health: an agenda for maternal and newborn health. Report based on an informal consultation in October 2001. Geneva, World Health Organization, 2002.

Framework for the promotion and implementation of community-based interventions for Making Pregnancy Safer. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2002.

Frankish J, Moulton G, Gray D. *Health promotion in primary health care settings: a suggested approach to establishing criteria*. Vancouver, Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, 2000.

Hadley M, Maher D. Community involvement in tuberculosis control: lessons from other health care programmes. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 4:401-408.

Health Promotion: a strategy for the African Region. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2001 (AFR/RC51/12 Rev.1).

How to make maternal health services more women-friendly: a practical guide. London, Institute of Child Health, 2001.

Human Development Network. *Safe motherhood and the World Bank: lessons from 10 years of experience*. Washington, DC, World Bank, 1999.

Iskander MB et al. *Unravelling the mysteries of maternal death in West Java: re-examining the witnesses*. Depok, Center for Health Research, Research Institute University of Indonesia, 1996.

Jackson S et al. *An assessment of the methods and concepts used to synthesize the evidence of effectiveness in health promotion: a review of 17 initiatives*. Toronto, Canadian Consortium for Health Promotion Research, 2001.

Jaramillo E. *Community contribution to TB care: a Latin American perspective*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB 2002.304).

Kahan B, Goodtsadt M. *The IDM manual for using the interactive domain model approach to best practices in health promotion: evidence framework*. Toronto, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 2002.

Kahssay HM. *Local systems and partnerships (LSP) for health: the work of WHO*. Geneva, World Health Organization, 2001 [draft document].

Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 1999, 49:1431-1460.



- Kilonzo A et al. Improving surveillance for maternal and perinatal health in 2 districts of rural Tanzania. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1636–1640.
- Kureshy N. *Review of select family and community practices for maternal and newborn health*. Geneva, World Health Organization, 1999 [draft document].
- Making Pregnancy Safer: a health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality*. New Delhi, World Health Organization South-East Asia Region, 2001.
- Making Pregnancy Safer biennial report*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Making Pregnancy Safer, paper for discussion*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Making Pregnancy Safer spotlight countries strategies, plans and reports from 2001 and 2002*. Geneva, World Health Organization, 2002 [unpublished documents].
- Mbizvo MT et al. *A community-based study of maternal mortality in Zimbabwe*. Harare, University of Zimbabwe, 1994.
- McCord C, Premkumar R, Arole S, Arole R. Efficient and effective emergency obstetric care in a rural Indian community where most deliveries are at home. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, 75:297–307.
- Mehaffey A. *External quality assessments: a review of experiences and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 [draft document].
- Ministry of Health, Republic of Indonesia, Directorate General of Community Health, Directorate General of Family Health and World Health Organization. *Integrated technical manual maternal-perinatal audit at district level*. Jakarta, Ministry of Health, 1997.
- Moore KM et al. *A behavior change approach to investigating factors influencing women's use of skilled care in Home-Bay district, Kenya*. Washington, DC, CHANGE Project, Academy for Educational Development/Manoff Group, 2002 [draft document].
- Moore KM et al. *Improving early post-partum care in Mandiana, Guinea: Negotiating with families, communities and maternal care providers*. Washington, DC, CHANGE Project, Academy for Educational Development/Manoff Group, 2002.
- Murat Z et al., eds. *Prevention of Maternal Mortality Network (PMM) conference abstracts, Accra, Ghana, June 1996*. New York, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1996.
- National Safe Motherhood Action Plan 2001–2005: Western Pacific Region*. Manila, World Health Organization Regional Office for Western Pacific, 2002.
- Oldenburg B, Stewart D, Staines D. *Promoting quality population health through the healthy learning community*. Brisbane, School of Public Health, Queensland University of Technology, 2002.
- Programming for male involvement in reproductive health: report of the meeting of WHO regional advisers in reproductive health*. Washington, DC, WHO/PAHO, 5–7 September 2001. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Promotion of sexual health: recommendations for action. Proceedings of a regional consultation in Antigua, Guatemala, May 2000*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2000.
- Redes de servicios y redes sociales para el desarrollo de la salud materna y neonatal: lineamientos para su conformación, funcionamiento, supervisión y evaluación*. La Paz, Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad Nacional de Atención a las Personas, 2001.
- Reproductive health, gender and human rights: a dialogue*. Washington, DC, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2001.
- Reproductive health: strategy for the African Region 1998–2007*. Harare, World Health Organization Regional Office for Africa, 1998 (AFR/RC47/8).
- Ronsmans C et al. Evaluation of a comprehensive home-based midwifery programme in South Kalimantan, Indonesia. *Tropical Medicine and International Health*, 2001, 6:799–810.
- Rosenfield A. Maternal mortality as a human rights and gender issue. In: *Reproductive health, gender and human rights: a dialogue*. Washington, DC, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2001.



Roth D, Mbizvo M. *Promoting safe motherhood in the community: the case for strategies that include men*. Geneva, World Health Organization, 1999.

Saving Newborn Lives/Save the Children. *Strategic planning workshop. Summary report of workshop held in Shepherdstown, West Virginia, 11-13 June 2000*. Washington, DC, Save the Children, 2000.

Sharma BV. *Community contribution to TB care: an Asian perspective*. Geneva, World Health Organization, 2002.

(WHO/CDS/TB/2002.302).

Sibley L et al. Home based life savings skills: promoting safe motherhood through innovative community-based interventions. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 200, 46:258-266.

Sprechmann S, Pelton E. *Advocacy tools and guidelines—promoting policy change*. Atlanta, CARE, 2001.

Strategic directions for improving the health and development of children and adolescents. Geneva, World Health Organization, 2003.

Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.296, WHO/HIV_AIDS/2002.2).

Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 1994, 38:1091-1110.

The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, World Health Organization, 1997 (WHO/HPR/HEP/4IHP/BR/97.4).

UNFPA/WHO/ UNICEF/ILO-STEP. *Exploring ways to improve quality of sexual and reproductive health care through stronger partnership between providers and consumers*. New York, United Nations Population Fund, 2001 [draft document].

Verbal autopsies for maternal death: report of a WHO workshop. London, 10-13 January 1994. Geneva, World Health Organization, 1995.

Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna: norma boliviana de salud. La Paz, Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, Dirección General de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2001 (NB-MSPS-03-01).

Wardlaw T, Maine D. Process indicators for maternal mortality programmes. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999:24-30.

WHO European regional strategy on sexual and reproductive health. Copenhagen, World Health Organization European Region, 2002 (EUR/01/5022130).

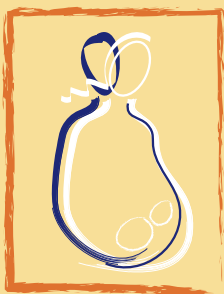
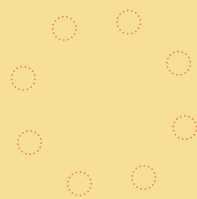
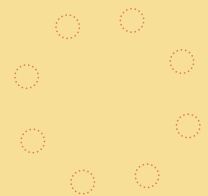
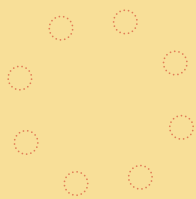
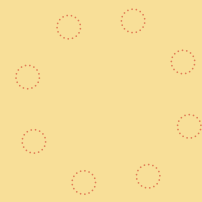
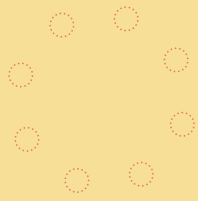
World Bank. *The benefits of education for women*. HRO dissemination notes, No. 2, March 8, 1993.

[<http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/hddflash/hcnote/hrn002.html>].

World Health Organization and United Nations Children's Fund. *Declaration on primary health care*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 December 1978. Geneva, World Health Organization, 1978.

World Health Organization and United Nations Children's Fund. *IMCI planning guide: gaining experience with the IMCI strategy in a country*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/CAH/99.1).

World Health Organization, Pan American Health Organization and Ministry of Health of Mexico. *Health Promotion: bridging the equity gap*. Fifth International Conference on Health Promotion, Mexico City, Mexico, 5-9 June 2000. [<http://www.who.int/hpr/conference/>].



**Reducir los Riesgos
del Embarazo**

**Para más información, póngase en contacto con:
Departamento de Reducir los Riesgos del Embarazo
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza**

**Fax + 41 22 791 4189/4171
E-mail: MPInfo@who.int**