Los hogares maternos

La experiencia cubana hacia la transversalización de género y etnicidad en salud

Autoras:
Lic. Roxana González López, MSc
Lic. Zoe Díaz Bernal, MSc, PhD

Colaboradores:
Dr. Francisco Raúl Rojas Ochoa, PhD
Dr. Pedro López Puig, MSc, PhD

OPS/OMS CUBA 2015

Los hogares maternos

La experiencia cubana hacia la transversalización de género y etnicidad en salud

Autores:

Lic. Roxana González López, MSc
Consultora OPS/OMS. Punto Focal de Género

Lic. Zoe Díaz Bernal, MSc, PhD
Profesora Titular ENSAP
Coordinadora de la Red de Género y Salud Colectiva ALAMES

Colaboradores:

Dr. Francisco Raúl Rojas Ochoa, PhD
Profesor Consultante de la ENSAP

Dr. Pedro López Puig, MSc, PhD
Profesor e Investigador Auxiliar de la ENSAP

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Edición: Marcel Lueiro
Diseño: Emilio Lueiro
Fotografías: OMS/OPS
Corrección: Justo Manuel Cárdenas

© Todos los derechos reservados.
Editorial Ciencias Médicas y OPS/OMS, 2015

ISBN: 978-959-212-977-1

Índice

Presentación **/5**
Resumen **/6**
Antecedentes y contextualización **/8**
Origen, surgimiento y desarrollo de los hogares maternos **/13**
Propósitos y alcance de la experiencia **/18**
Etapas y funcionamiento de los hogares maternos **/23**
¿Qué logramos? **/33**
¿Qué aprendimos? **/36**

Presentación

El género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad son temas transversales aprobados por los Estados Miembros de la OPS/OMS para su Plan Estratégico 2014-2019. Constituyen abordajes necesarios para atender a los determinantes de la salud, y su transversalización en el ámbito de la salud tiene como fin mejorar los resultados y reducir las inequidades.

La igualdad de género en el contexto de la salud garantiza que las mujeres y los hombres, sin importar su edad, identidad de género, orientación sexual y etnia, tengan igualdad de oportunidades a la hora de acceder a los servicios de salud y cuenten con los recursos necesarios no solo para protegerse y prevenir enfermedades, sino también para su curación y rehabilitación.

A tenor con lo anterior, la oficina de OPS/OMS en Cuba se complace en compartir la presente experiencia, la cual inaugura una serie de publicaciones sobre buenas prácticas cubanas de salud. En esta ocasión se trata de la atención que brindan los hogares maternos a las mujeres embarazadas en situación de riesgo.

Lic. Roxana González López, MSc

Resumen

Los hogares maternos se crearon en Cuba en la decada del 60 del pasado siglo, como expresión de la voluntad política y compromiso del Estado cubano para con la salud de la población, específicamente, con la materno-infantil, la cual exhibía entonces indicadores desfavorables. La motivación fundamental de aquellos años era la necesidad de garantizar un mayor acceso de las gestantes a los servicios de salud dedicados a la atención del embarazo, el parto y el puerperio en condiciones seguras. Esa es la razón de que los hogares maternos, en sus orígenes, privilegiaran la atención a las mujeres de las poblaciones rurales o de difícil acceso en el país.

Los hogares maternos son instituciones comunitarias del primer nivel de atención dentro del Sistema Nacional de Salud cubano (SNS). Tienen un régimen de internamiento que varía según las necesidades específicas de cada gestante.

En sus inicios, la experiencia de los hogares maternos no contempló de modo explícito las perspectivas de género y etnicidad. Pero a medida que fue creciendo las asumió como una necesidad vital que fortalece el abordaje médico social.

Uno de los principales impactos de esta experiencia cubana es la prestación sostenida de servicios de atención calificada al embarazo, el parto y el puerperio, y una mayor frecuencia de partos institucionales en condiciones seguras. Una prueba indiscutible son los efectos permanentes en la disminución de las tasas de mortalidad materno e infantil en el país.

Los hogares maternos han demostrado su pertinencia y validez en el abordaje médico-social de los problemas de salud de un grupo vulnerable como las mujeres, de acuerdo a ejes transversales como

el género y la etnicidad, y en el análisis de otros determinantes sociales como la educación, los ingresos, las condiciones de vida y la territorialidad.

Dentro de las estrategias garantes de cobertura universal de salud, recomendamos los hogares maternos porque contribuyen a disminuir las inequidades, con énfasis en la adopción de políticas sociales de alcance intersectorial.

Antecedentes y contextualización

La atención en salud en Cuba es universal, gratuita y accesible para todas las personas. Una prueba de ello es la extensa red de unidades asistenciales que existen en todo el país, las cuales priorizan diversos programas para el cuidado del niño, la madre, la mujer y el adulto mayor, así como para la prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles que puedan afectar a las cubanas y los cubanos.

Basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, el Sistema Nacional de Salud cubano, pone en práctica el modelo de medicina familiar y garantiza la accesibilidad a los servicios de salud de manera universal y gratuita. En otras palabras, los cubanos y cubanas pueden acceder a la salud sin exclusión alguna por su color de la piel, su género, filiación religiosa o ideológica, tal y como recogen la Ley de Salud Pública[1]y la propia Constitución de la República de Cuba: "Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su Salud. El Estado garantiza este derecho".[2]

Es justamente el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de esa política del Estado cubano con respecto a la salud pública.

Atención al riesgo reproductivo

En 1990 la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana y la XLII Reunión del Comité Regional trazaron como estrategia el desarrollo de redes de hogares para gestantes de alto riesgo con cobertura nacional,

[1] *Gaceta Oficial República de Cuba*, año LXXXVI, no.12, 22 de febrero de 1988, p. 177.
[2] *Constitución de la República de Cuba*, art. 50, 1976, p. 14.

en el marco del Plan para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. La iniciativa se sustentaba, entre otras razones, por el hecho de que buena parte de la población de la región vivía en áreas donde prácticamente era imposible acceder a servicios de maternidad y perinatales que redujeran con efectividad un subconjunto de causas de morbimortalidad materna prevenibles.

Los antecedentes de los hogares maternos se remontan a la década del 50 del siglo pasado, cuando se crearon en algunos países en desarrollo instituciones para el alojamiento de embarazadas, sobre todo residentes en zonas rurales, que las acercaran a hospitales o centros de atención al embarazo y el parto. En algunos países africanos se llegó incluso a demostrar su efectividad para la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal. El antecedente más remoto en Cuba de la existencia de una institución no hospitalaria para la protección de la mujer embarazada próxima al parto, data de los primeros años del siglo XVIII. Como dato curioso, incluía la protección de la "moral de las mujeres", de acuerdo con los preceptos socioculturales de entonces: madres solteras, vilipendiadas y discriminadas por los tabúes patriarcales, androcéntricos y moralistas de la época, influenciados por la iglesia católica.

Los procesos sociales, políticos y económicos iniciados en Cuba a partir de 1959, dotaron al contexto socio-cultural de singularidades que se dejaron ver también en la emancipación de la mujer cubana. En un país pobre, dónde a pesar de las medidas adoptadas por el Estado para la disminución de las desigualdades sociales estas se manifestaban y ponían en riesgo la salud de grupos de mujeres en condiciones sociales de vulnerabilidad, la concepción de este tipo de instituciones cambió para adecuarse al nuevo contexto socioeconómico y cultural. Los hogares maternos, a partir de entonces, experimentaron una evolución que caminó junto a esos procesos. En el presente cuaderno haremos un recuento del camino recorrido desde esa etapa inicial hasta la actualidad.

La tranversalización de género y etnicidad. Una mirada para la atención a la reproducción biológica

La mirada interseccional a la que alude el título de este acápite observa la intersección en la confluencia de formas, aspectos, factores, que se potencian para determinados fenómenos resultantes como la discriminación o las inequidades. La interseccionalidad hace referencia a la situación en la cual un tipo de determinación concreta interactúa con dos o más grupos de determinaciones que se potencian, creando una situación única.[3] La categoría género, en su intersección con los condicionamientos que establece la expresión del *etnos* cubano, contribuye al análisis y creación de estrategias para la atención a las embarazadas, toda vez que sus determinaciones hacen diana en las representaciones socioculturales y los comportamientos en salud.

Las pautas culturales inherentes a una sociedad o grupo humano se han de considerar en el marco de un sistema íntegro —que no universal ni ahistórico—que involucra a las relaciones familiares, económicas y de género. De modo que cada grupo enfatiza o potencia rasgos socio-culturales diferentes que promueven, a la vez, variación y diversidad dentro de la sociedad, expresadas según las características del momento de la vida que vive cada persona.

El género visto como construcción simbólica a nivel social, que se expresa en el conjunto de asignaciones culturales que diferencian a mujeres y hombres, asociado a estereotipos y modos de actuación, se pronunciará de manera particular en el afrontamiento de la salud-enfermedad y su interacción con los servicios destinados a su protección.

En Cuba se considera que existe lo que se ha dado en llamar el *etnos-nación cubano*. El *etnos* constituye uno de los tipos más antiguos y estables de organización social, condicionado por el modo de pensar y actuar de las personas en sociedad; en síntesis, es la diferencia e interacción entre naturaleza y cultura. El *etnos-nación cubano* "es el resultado histórico-cultural y poblacional de los

[3] C. Expósito: "¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España", *Investigaciones Feministas*, vol. 3, 2012, pp. 203-222. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146.

conglomerados multiétnicos hispánico, africano, chino y antillano principalmente, que se fusionan en Cuba de manera compleja y disímil, desde el siglo XVI, hasta crear una identidad nueva basada en la formación de una población endógena, con capacidad auto reproductiva propia, no dependiente de las corrientes inmigratorias que le dan origen en su decursar histórico”. [4]

Las embarazadas comparten una experiencia común de gran valor simbólico y social, poseen características que las singularizan como grupo. Y como grupo, deben ser tenidas en cuenta por las políticas sociales, en particular, las políticas de salud con alcance intersectorial. Al interior de dicho grupo se pueden distinguir diferentes estratos sociales y otras variables que contribuyen a la determinación social de la salud y al ciclo del proceso salud-enfermedad-atención. En el caso de las embarazadas, las relaciones de género constituyen un determinante estructural de la salud de primer orden y una parte importante de la red reticular cultural a estudiar en su caso.

La siguiente tabla nos invita a reflexionar sobre las características de la población femenina cubana entre 15 y 49 años de edad en relación con su zona de residencia y color de la piel (cabe aclarar que la noción de etnicidad trasciende esta variable). Estos aspectos se encuentran en la red reticular cultural a analizar necesariamente desde la perspectiva de género.

Tabla 1. Cantidad de mujeres entre 15 y 49 años de edad, según zona de residencia y color de la piel. Año 2012

Zona de residencia urbana			**Zona de residencia rural**		
Piel blanca	Piel negra	Piel mestiza	Piel blanca	Piel negra	Piel mestiza
1 406 355	219 729	604 266	401 632	35 578	201 644

Fuente: *Censo de Población y Viviendas 2012.* Disponible en: www.one.cu

[4] J. Guanche: *Componentes étnicos de la nación cubana*, Colección La Fuente Viva, Fundación Fernando Ortiz, Ediciones Unión, 1996.

Estos datos nos conducen a replantear de manera explícita una idea que por lúcida o conocida no es del todo obvia: en la prestación de servicios de salud para la atención de los procesos asociados a la reproducción biológica se deben contemplar, de manera consciente e integrada, los condicionantes genérico y étnicos vinculados a la reproducción social de los grupos humanos y las personas. Así podremos asumir, cada vez de mejor, que las identidades étnicas y de género determinan las peculiaridades de cada grupo poblacional en relación con los servicios de salud. Dichas peculiaridades deberán ser atendidas de manera pertinente si se pretende alcanzar calidad en la cobertura universal de salud.

Origen, surgimiento y desarrollo de los hogares maternos

Creación de los hogares maternos

El hogar materno es una institución de salud a nivel comunitario, que ha devenido herramienta para el desarrollo del programa materno-infantil que se desarrolla en Cuba. "Es una institución de salud encargada de brindar atención a embarazadas, que aunque no requieren hospitalización, conviene su internamiento por motivos médicos o sociales".[5]

Los hogares maternos con cobertura universal y gratuita existen en Cuba hace más de cinco décadas. Desde sus inicios fueron un reflejo de la enorme preocupación del Estado cubano por el bienestar de las mujeres, de las futuras madres, aparejada a la puesta en marcha de un activo plan por el incremento del parto institucional en todo el país. Las dificultades para garantizar el acceso a los servicios obstétricos de las mujeres embarazadas residentes en zonas alejadas era un problema social con incidencia en la morbi-mortalidad materno-infantil.[6]

En el desarrollo histórico de los hogares maternos en Cuba se han identificado tres etapas:[7]

- 1962-1969: Fundación de los 15 primeros hogares maternos. En esta etapa se gana experiencia en cuanto a su importancia para lograr el aumento del parto institucional en los lugares más aislados del país y se prueba su factibilidad económica, sin que todavía responda a un plan nacional bien vertebrado.

---

[5] Dirección de registros médicos y estadísticas de salud: "Sistema de Información estadístico para hogares maternos", MINSAP, 2012.

[6] G. Delgado García: "Los hogares maternos: su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su creación", *Cuaderno Historia de la Salud Pública*, 2007. Ver en http://scielo.sld.cu

[7] "Desarrollo histórico de los hogares maternos de Cuba", en Idem.

Cabe mencionar que previo a 1959 (año del triunfo de la Revolución decisiva por la liberación nacional), la sociedad cubana se caracterizó por una estratificación de clases en la que se relegaba a las personas de piel negra al último peldaño. Justamente, el triunfo revolucionario marcó el inicio de una serie de transformaciones en todos los órdenes que conllevaron a su vez a transformaciones estructurales profundas que permitieron el tránsito hacia un orden social diferente. Dichos cambios, aunque beneficiaban a la sociedad toda, incluían políticas sociales y de salud dirigidas a grupos vulnerables como los campesinos, las mujeres y amplios sectores de la población negra.[8]

- 1970-1989: Desarrollo continuo en extensión, durante el cual los hogares maternos llegan a todas las provincias del país y al municipio especial Isla de la Juventud. Se consolidan como institución, ganan en calidad científica y amplían sus objetivos.
- A partir de 1990: Ante la crisis económica que vive el país, se mantiene su crecimiento numérico y se hacen grandes esfuerzos para sostener el desarrollo logrado, principalmente con medidas intersectoriales locales.

Desde el año 2010 comenzó un proceso de transformaciones en el Sistema Nacional de Salud que impulsó la reorganización y optimización en cuanto a la cantidad de hogares maternos y sus recursos, con el objetivo de garantizar la calidad y sostenibilidad de los mismos.

Cuando se revisa la inclusión explícita de la perspectiva de género y etnicidad en la experiencia, se nota que a lo largo de su evolución estos enfoques han tenido cada vez más presencia. En sus inicios predominaba el interés por mejorar la accesibilidad de las gestantes a los servicios de atención segura al parto, por lo que la condición de territorialidad y acceso eran preponderantes en el análisis casuístico de su aplicación pertinente. Sin embargo, en la vida real, las personas son la síntesis biocultural que dota a sus cuerpos biológicos de una subjetividad cargada de asignaciones socioculturales, expresión de la perspectiva social de cada grupo. Por eso, entre otras razones,

[8] Y. Almeida: "Género y racialidad: una reflexión obligada en la Cuba de hoy", en *Afrocubanas. Historia, pensamiento y prácticas culturales*, Ciencias Sociales, La Habana, 2011. p.133-149.

aquellas mujeres que a inicios de la década de los años 60 residían en zonas rurales o de difícil acceso eran entonces también las mujeres con menor nivel de instrucción, con peores condiciones de vida, probablemente sometidas a relaciones de género más inequitativas. Entre ellas, las mujeres de color de piel negra partían de estados sociales todavía más desfavorables, heredados de los patrones discriminatorios de la sociedad cubana previa a 1959.

A través del tiempo, los cambios conceptuales y procesales operados en torno a los hogares maternos dejaron ver un concepto de inclusión cada vez más ajustado a la realidad sociocultural, a la perspectiva de género y etnicidad, aun cuando esta se enfocara solo al color de la piel y quedara subsumida dentro de otros determinantes sociales de la salud.

Testimonio de un protagonista

En 1962 el doctor en ciencias Francisco Rojas Ochoa era el director de salud en la provincia de Camagüey.[9] Allí recibió la visita del doctor Celestino Lajonchere, quien en aquel momento era el responsable del Ministerio de Salud Pública de Cuba que atendía la salud de las mujeres, en especial toda el área de ginecoobstetricia.

La información que compartimos a continuación fue elaborada a partir del testimonio ofrecido por el profesor Rojas Ochoa sobre el origen de los hogares maternos en Cuba:

"La situación sociosanitaria de la Cuba de entonces era muy diferente a la actual; estaba en ciernes el Sistema Nacional de Salud. Lajonchere se percató de que la atención a algunas mujeres en el momento del parto, sobre todo a las que residían en zonas rurales lejanas, era impracticable. Eso no quiere decir, sin embargo, que durante el embarazo no recibieran, al menos, dos consultas".

"…algunas mujeres vivían muy lejos, a veces tenían que seguir caminos infranqueables para llegar a un centro con buena asistencia… muchas de ellas no podían recurrir a un lugar donde hubiera obstetricia calificada y parían en sus casas con las comadronas tradicionales".

[9] Entrevista realizada por las autoras a Rojas Ochoa, profesor de mérito de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.

El doctor explica que Lajonchere quería crear espacios para las embarazadas cercanos al hospital, ubicados en un área residencial, donde pudieran alojarse los días previos al parto. La idea era que descansaran en una habitación limpia y acogedora, donde algún personal les diera charlas educativas sobre su salud, el parto y el niño que iba a nacer. Sería una especie de "vivienda temporal" para las mujeres, con un régimen abierto para la visita de la familia, incluidos sus hijos e hijas anteriores, y donde pudiera desarrollar una vida de la manera más normal posible.

Esa concepción del doctor Lajonchere albergaba el propósito de que un médico del hospital cercano donde darían a la luz las mujeres las visitara y consultara con frecuencia. "El resto era esperar a que llegara el momento del parto", dice Rojas Ochoa, quien enseguida entendió lo buena que era la idea: "…va a permitir que muchas cosas que se complican en el campo y acaban en tragedia no sucedan más. Si se complican en el hospital, este tendrá la capacidad para atenderlas a tiempo… A mí me gustó la iniciativa y me tocó materializarla, con el apoyo intersectorial y la voluntad política".

El mérito del doctor Rojas Ochoa fue captar de inmediato que la propuesta resolvía el problema del aislamiento social de las mujeres. Con ese impulso, acudió de inmediato a las instancias de gobierno de la provincia, que le facilitaron para este fin un "palacio" que había pertenecido a un acaudalado terrateniente.

Según el entrevistado, el objetivo fundamental era bajar la mortalidad materna y, por añadidura, la infantil. Una vez que tuvo el local se dio a la tarea de organizar el servicio. Para ello pidió consejo y ayuda a sus más cercanos colaboradores: una trabajadora social llamada Mirta Lezcano y el Dr. Abel Marrero de La Vega, obstetra experimentado que trabajaba en Camagüey. Ambos comprendieron de inmediato de qué se trataba y lograron tener el servicio listo en una semana. La persona que quedó al frente del primer hogar materno fue una comadrona llamada Amparo Gregorí, quien había alcanzado titulación en una escuela que por aquel entonces existía en La Habana.

Pero antes de la creación del primer hogar materno —aclara el eminente salubrista cubano— ya el Ministerio de Salud había formado una comisión para analizar las causas de muerte materna. De modo que los recién creados hogares maternos tenía esos datos como

una validación de la necesidad de su trabajo. Al inicio solo ingresaron mujeres con embarazo normal, a las que se tenía cerca del hospital, pero luego se abrieron las puertas también a las embarazadas con riesgos obstétricos.

Propósitos y alcance de la experiencia

Objetivos y funciones del hogar materno

En la primera etapa de los hogares maternos la mayoría de las mujeres ingresadas tenían baja escolaridad, pocos recursos económicos y provenían de zonas aisladas geográficamente.[10]

Las funciones del hogar materno partían entonces de un objetivo bien definido: "…aumentar el indicador de parto institucional en el territorio mediante el alojamiento de las embarazadas que residían en zonas rurales, o distantes de los centros asistenciales y que se encontraban en las últimas semanas del período de gestación, por lo que facilitaba su traslado al hospital".[11]

En el nuevo contexto socioeconómico que vive Cuba, las funciones y objetivos de los hogares maternos tienen un carácter más amplio. La atención a los problemas de accesibilidad geográfica que presentaban determinados grupos poblacionales residentes en zonas rurales, como gran parte del campesinado de entonces, fue superada y ampliada hacia otros aspectos biopsicosociales de las realidades de vida de las mujeres. Eso significa que el enfoque de género vino a completar otros enfoques sociales, básicos para garantizar cobertura total de los servicios de atención al embarazo, el parto y el puerperio. Tener incorporado este enfoque facilita la implementación de acciones diferenciadas para disminuir las brechas que pudieran existir.

En la actualidad ingresan en los hogares maternos, en régimen

[10] "La contribución de los hogares maternos de Cuba a la salud materno infantil", en *Cuaderno Historia de la Salud Pública*, op.cit.

[11] "Número de hogares maternos. Dotación de camas y número de ingresos. Cuba. 1966-1989", *Contribución de los Hogares Maternos de Cuba a la maternidad sin riesgo* (Anexo I), Dirección Nacional de Estadísticas, La Habana, 1990.

permanente (diurno y nocturno) y de manera voluntaria, las gestantes evaluadas por los servicios de medicina familiar comunitaria del primer nivel de atención, con cobertura total y gratuita. El período de internamiento es casuístico y obedece a la evaluación permanente que se hace de cada caso, de acuerdo con los criterios que condujeron al ingreso en la institución. Durante el mismo, cada mujer puede recibir diariamente la visita de sus familiares, amistades y médicos de familia, incluyendo hijos e hijas anteriores. En los casos que se requiera, por situaciones especiales (familiares con ingreso hospitalario y otras), se valora y autoriza la salida temporal de la embarazada de la institución por períodos de tiempo convenidos.

En aquellos casos que la familia que queda en el hogar de la gestante requiera soporte socioeconómico, se activa la red de servicios sociales y de apoyo, coordinados a nivel comunitario a partir de la gestión intersectorial.

A continuación veremos las funciones del hogar materno, en las que se explicita claramente la transversalización del género y la prevención de la violencia:[12]

Educativas

- Desarrollar estrategias de comunicación social en salud, con énfasis en la metodología integral para una maternidad y paternidad responsables, conjuntamente con el centro municipal de promoción y educación para la salud, y la comisión municipal de educación sexual. Esta función promueve la corresponsabilidad y coparticipación de mujeres y hombres en la reproducción biológica y social, al interior de las familias, desde las políticas sociales y sanitarias y en los servicios de atención a estos procesos.
- Brindar información a las embarazadas y sus compañeros afectivos, sobre los aspectos relacionados con los derechos y protección jurídica de la mujer y del niño y la niña, durante el proceso de la maternidad, de manera concertada con la dirección de justicia del municipio.

[12] E.P. Castiñeira, R. Pérez, I.M. Ferreiro, J.C. Pastrana, J.L. Gómez y A. Argíz: "Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud", *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, no. 10, 2012.

• Desarrollar el curso básico de preparación psicofísica para el parto, con la participación del compañero sentimental (futuro padre) o familiar allegado, utilizando técnicas participativas.

• Caracterizar a las mujeres ingresadas, que permita realizar el diagnóstico de sus necesidades educativas y de adiestramiento. Dicha caracterización debe ser integral y contribuye al diagnóstico médico social garante de atención, también integral e intersectorial, con respeto por la equidad.

• Brindar atención particularizada y diferenciada en el trabajo educativo, dirigido a las adolescentes, discapacitadas y grupos especiales (madres solteras, mujeres en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, población femenina en riesgo social).

• Brindar actividades educativas sobre la prevención del VIH/SIDA.

Las grávidas con mayor estancia en la instalación participarán como facilitadoras en las actividades grupales.

Preventivas/asistenciales

• Ejecutar procesos continuos de atención por el ginecobstetra, el especialista de medicina general integral, o una licenciada en enfermería con entrenamiento específico, según la estructura de los recursos humanos de cada institución.

• Valorar de manera especializada a las gestantes ingresadas en el hogar materno por el ginecobstetra y otras especialidades, a partir de los factores de riesgo presentes en cada caso en particular.

• Cumplir lo establecido para el control de la atención prenatal.

• Brindar una atención particularizada a las gestantes con riesgos obstétricos y perinatales, en especial a las mayores de 30 años, dirigida a la prevención de la morbilidad materna y del bajo peso al nacer.

Docentes

• Coordinar y garantizar la capacitación y adiestramiento acreditado, de todo el personal que labore en el hogar materno, de acuerdo a cada una de sus funciones.

• Desarrollar maestrías y cursos por parte de los profesionales y técnicos que laboren en estos centros.

• Garantizar las rotaciones docentes por la institución, de los estudiantes de pregrado de medicina, enfermería, tecnología de la salud y psicología, así como los residentes de ginecología y obstetricia, medicina general integral y licenciatura en enfermería.

• Brindar capacitación a las brigadistas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).

• Desarrollar investigaciones a partir de los procesos de organización y atención que genera este tipo de centro como instalación de salud.

Tabla 2. Objetivos del hogar materno en Cuba y sus actividades vinculantes

Objetivos	Actividades
Favorecer y garantizar el parto institucional	Propiciar el traslado oportuno y seguro de las embarazadas en el momento del parto, hacia el servicio obstétrico.
Reducir la morbi-mortalidad materna e infantil	Proporcionar atención médica y de enfermería a la embarazada: interconsulta con todas las especialidades; estudios complementarios (incluye los genéticos), vacunación, atención estomatológica; evaluación y atención nutricional semanal. Elevar la calidad y éxito del parto y el nacimiento, a través de la aplicación y empleo de los recursos científicos y tecnológicos, garantizados en los servicios obstétricos.
Proporcionar condiciones materiales y de soporte a las mujeres embarazadas que contribuyan al bienestar materno- infantil.	Garantizar condiciones para el reposo, tratamiento higiénico y dietético. Brindar educación a las mujeres embarazadas para la promoción de salud, tanto de ellas, como de su familia, con énfasis en la lactancia materna y alimentación saludable.

Se ha expresado con anterioridad que el hogar materno dedica parte de su labor preventiva, educativa y asistencial a grupos en riesgo social y en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica. También forma parte de su quehacer integral (integrado a la atención comunitaria/familiar en salud) la prevención y atención a la violencia contra las mujeres y las niñas. Esta labor es tanto educativa-preventiva como protectora. En casos de violencia, el hogar materno acoge a las afectadas y actúa de conjunto con otras organizaciones sociales como la Federación de Mujeres Cubanas y el Ministerio del Interior.

Etapas y funcionamiento de los hogares maternos

Cuatro etapas del desarrollo y evolución de los hogares maternos

En una primera etapa se imponía la rápida apertura de los maternos en aquellos municipios cuyas condiciones geográficas entorpecían el parto institucional. Los hogares maternos fueron casas de vivienda desocupadas con buenas condiciones. El criterio de ingreso era priorizar a las mujeres que vivían en lugares de difícil acceso geográfico, y su área de atracción comprendía por lo regular varios municipios. La plantilla de los hogares contaba apenas con algún personal administrativo, enfermeras, comadronas y auxiliares de limpieza. Administrativamente, los hogares dependían de hospitales cercanos. Eran sus médicos quienes atendían a las embarazadas antes y durante el parto. La preparación de los alimentos y el lavado de la ropa se realizaba también en el hospital. Un requisito indispensable en esta etapa era la cercanía del hogar materno al centro de atención donde se realizaría el parto y del cual dependía su logística material.

Durante la segunda etapa de desarrollo de los hogares maternos, en el marco de una nueva concepción socio-sanitaria, hubo un aumento significativo de locales. De los 15 con los que se contaba a finales del año 1969, se llegó a la cifra de 150 en 1989. Cada provincia fundaba los suyos de acuerdo con sus necesidades y disponibilidades. En esta etapa se consolidaron como instituciones indispensables para la atención a la mujer embarazada, lo que aparejado a un aumento del número de hospitales obstétricos, incluyendo los hospitales rurales, permitió institucionalizar los partos. Ya para el año 1968 la cifra de partos institucionales era de un 85%.

Pero, como dijimos, en el orden social tenían lugar una serie de

cambios que trajeron consigo una mejora de las comunicaciones. Se trabajaba por aplanar las diferencias entre el desarrollo humano de las zonas urbanas y rurales, por lo que el aislamiento de la población rural fue perdiendo relevancia en la mayoría de los territorios. Esa es la razón de que el ingreso en el hogar materno durante esta etapa incorporara sobre todo el criterio de prevenir las complicaciones del embarazo y el parto, lo cual traía implícita la preocupación por reducir la mortalidad infantil.

Repasemos la lista completa de aspectos a considerar para el ingreso durante la segunda etapa de desarrollo de los hogares maternos:

- Bajo peso materno
- Baja estatura
- Obesidad
- Primeriza añosa
- Maternidad precoz
- Antecedente de cesárea
- Óbito fetal previo
- Antecedentes de abortos
- Riesgo de bajo peso al nacer
- Riesgo de prematuridad
- Desnutrición
- Anemia marcada
- Incompetencia cervical
- Polihidramnios
- Antecedentes de macrosomía fetal
- Preeclampsia
- Hiperémesis gravídica
- Hipertensión arterial discreta no toxémica gravídica
- Sepsis urinaria
- Asma no en crisis
- Antecedentes de epilepsia
- Problemas sociales como madre soltera con rechazo del hogar, depresión psíquica, estrés, vivienda en malas condiciones, violencia intrafamiliar y de género, y hacinamiento familiar

Por esta época comenzaron a surgir referencias en la literatura médica cubana sobre la evolución de los objetivos y funciones del hogar materno, en las que se aludía a algunas nociones sobre género de manera más explícita. En ellas se describía el contexto de las mujeres que llegaban a los hogares maternos: "…un medio en el que están sometidas a una intensa carga de trabajo y responsabilidades junto con su embarazo".[13] Y se resaltaba que los servicios de acogida debían proporcionar "…un ambiente que concurrentemente con muchos aspectos favorables, debe contribuir además a la reducción de su stress".

En esta segunda etapa algunos hogares maternos ya eran unidades independientes desde el punto de vista administrativo, con presupuestos propios. Se construyeron edificaciones especialmente para acoger los maternos. Y aunque en la mayoría de los casos los médicos seguían siendo plantilla de los hospitales, sí mantenían en su equipo a enfermeras generales y algunas comadronas —sobre todo en los primeros años—, sustituidas luego por enfermeras obstétricas y licenciadas en enfermería. Aunque variaba según el caso, el resto de su nómina de personal comprendía plazas de administrador, almacenero, dietista, auxiliar de contabilidad, cocineras, auxiliares de cocina, lavanderas, auxiliares de limpieza y jardinero.

El quehacer de los hogares maternos en la segunda etapa ganó aún más espacio en cuanto al enfoque médico-social y al tratamiento interdisciplinario de las situaciones de salud. De tal manera, al pase de visita médica, realizado en su mayoría por especialistas en ginecobstetricia, se agregó la interconsulta una vez por semana con otros especialistas. La práctica de la psicoprofilaxis se generalizó en todas las provincias, atendida en algunas unidades por licenciados en psicología y profesores de educación física. Se mantuvieron y enriquecieron en contenido y frecuencia las actividades de educación para la salud realizadas por médicos y enfermeras sobre métodos anticonceptivos, la gestación y el parto, la lactancia materna, la ablactación, los cuidados del recién nacido, el esquema de vacunación y la dietética. Algunos hogares contaron con consultas de psicólogos y podólogos.

[13] J.A. Gutiérrez Muñiz, J.P. Bacallao Gallastegui, A. Berdasco Gómez: "Contribución de los hogares maternos de Cuba a la maternidad sin riesgo", La Habana, 1990.

Fue precisamente en esta etapa cuando los enfoques de género y etnicidad cobraron mayor dinamismo. Se pudo vincular mejor la incidencia y prevalencia de algunos problemas de las gestantes con su determinación social, con anclaje en los patrones y condicionamientos de género, y en la vulnerabilidad social de grupos que habían partido de condiciones más rezagadas al momento en que triunfa la Revolución cubana y los programas de salud pública con cobertura universal gratuita se ponen en marcha.

La tercera etapa comenzó con la crisis económica que atravesó el país en la década de los 90. En esta etapa, como es lógico, no creció el número de hogares, aunque sí hubo una evidente reestructuración de su gestión. En ese sentido se dio inicio a una modalidad de ingresos durante el día, porque se consideró a las embarazadas un grupo vulnerable al que había que reforzarle la alimentación. Durante la tercera etapa los hogares conservaron su nombre, pero se ampliaron sus objetivos y actividades.

Atender la nutrición de la mujer embarazada no fue la única prioridad de los ingresos diurnos; también lo fueron sus problemas sociales y los riesgos obstétricos de todo tipo. De hecho, se amplió el universo de embarazadas tributarias de este tipo de atención.

En esa etapa, y hasta la actualidad, algunos hogares maternos perdieron razón de existir, debido al mejoramiento considerable de las vías de comunicación y la aparición de nuevos centros de atención obstétrica. Eso permitió elevar el presupuesto destinado a los que sí permanecieron abiertos. Por ejemplo, entre 1959 y 1980, las carreteras y caminos construidos crecieron de 10 104 km a 37 755 km, los cuales, en una gran proporción, tenían la intención de acabar con el aislamiento de numerosos asentamientos rurales y urbanos.[14]

Las características evolutivas de los hogares maternos, desde esa etapa hasta hoy, generaron la necesidad de aplicar transformaciones que, a la larga, terminaron por dar origen a una cuarta etapa en la que se mantuvieron las actividades asistenciales y de promoción de salud consolidadas en las etapas anteriores. La reducción del número de hogares en más de un 50%, experimentada entre el 2010 y el 2012

[14] Comité Estatal de Estadísticas: *Cuba: Desarrollo Económico y Social 1959-1980*, La Habana, 1981.

no provocó —como se pudiera pensar— una disminución drástica del número de ingresos, sino la optimización de procesos como el índice ocupacional, la rotación de camas, la integración de las redes, vinculados al proceso de contracción estructural.

En el presente existe un grupo de condiciones riesgosas definido por la Metodología para una Acción Integral de los "Hogares maternos" (MINSAP- UNICEF, 2007), que se utiliza como criterio para el ingreso en los hogares maternos:

- Embarazo múltiple de más de 20 semanas
- Riesgo de prematuridad
- CIUR (Crecimiento intrauterino retardado)
- Mujer "añosa" (mayor de 35 años)
- Anemia
- Sepsis vaginal
- Hipertensión arterial (compensada)
- Ganancia insuficiente de peso
- Mujer adolescente
- Epilepsia
- Inserción baja placentaria
- Ingreso geográfico
- Riesgo social (condiciones de vida que ponen en peligro la salud materna o infantil)

Tabla 3. Ingreso en hogares maternos en años seleccionados

Año	Hogares Maternos	Ingresos	Ingresos x 100 nacidos vivos
1975	56	24 629	12.8
1988	142	43 572	23. 2
2010	336	67 496	52.8
2012	150	58 103	46.2

Fuente: *Anuario estadístico de salud 2013*, p. 156.
Disponible en: http://files.sld.cu

Organización y funcionamiento

Al frente de cada hogar materno, en la actualidad, hay un director médico, responsable de garantizar el cumplimiento de las acciones previstas. La cantidad de trabajadores depende de la actividad y los convenios establecidos con otras instituciones a nivel local, las cuales pueden aportar personal a tiempo parcial. Es el caso de los hombres o mujeres que ejercen como psicólogos, trabajadores sociales, nutriólogos, dietistas, promotores (educadores), fisiatras o licenciados en cultura física, asesores jurídicos, entre otros. Los hogares maternos cuentan con personal de enfermería las 24 horas del día.[15]

Perspectiva de género e interculturalidad en salud

Como este tipo de institución es resultado de una perspectiva socio-sanitaria para la atención médico-social de los problemas de salud de las mujeres y sus familias, específicamente de las mujeres embarazadas, en los procesos que conducen y garantizan, se produce la transversalización de género e interculturalidad en salud. Lo anterior puede ser una verdad de Perogrullo, pero el hecho evidente y objetivo es que las mujeres que ingresan en los hogares maternos traen sobre

[15] E.P. Castiñeira, R. Pérez, I.M. Ferreiro, J.C. Pastrana, J.L. Gómez y A. Argíz: op. cit.

sus espaldas las cargas socioculturales asignadas y asumidas por el género, según sus zonas de residencia y características familiares. Es por eso que la decisión consensuada de ingresar en el hogar materno, la atención integral que se recibe allí y el regreso posterior al seno familiar y comunitario están estrechamente vinculadas y adecuadas a estas cuestiones.

En esa misma línea, destaca el cuidado de los aspectos éticos y humanos, y de aquellos relativos a las características socio-culturales de la comunidad donde se encuentre enclavado el hogar materno. Dentro de los hogares maternos se generan escenarios de atención en los que se crea un ambiente familiar que garantiza un orden de vida cotidiana adecuado, convenido con la mujer grávida y su familia en el momento del ingreso. Las futuras madres reciben la visita sistemática de sus familiares y se vela por la atención intersectorial a las problemáticas de índole social que presentan en sus viviendas o en los ámbitos familiar y comunitario. Eso incluye la atención y el manejo educativo/preventivo de situaciones riesgosas, vistas en las relaciones inter e intragenéricas.

En estas instituciones existen cubículos o salas para las embarazadas adolescentes, que facilitan su atención diferenciada en un ambiente acorde a su edad.

Un reto fundamental para este tipo de instituciones, es la atención a la relación de la pareja que espera el nacimiento de la descendencia, a sus requerimientos y a la garantía de una coparticipación en el proceso de atención al embarazo, en tanto la reproducción humana requiere de la intervención tanto de la mujer embarazada como del futuro padre; ambos tienen igual responsabilidad. La observancia de la ruptura que ocasiona en la cotidianidad social y vivencial de las parejas y familias el ingreso de la gestante —vista desde una perspectiva de género— resalta la necesidad de adaptar la atención a sus características personales, algo que sin dudas elevará la calidad de los hogares maternos.

El hogar materno en el modelo de Atención Primaria de Salud

El modelo de Atención Primaria de Salud, como estrategia del sistema de salud en Cuba, surge en los años 80, coincidente con el cierre de la segunda etapa identificada en el desarrollo y evolución de los hogares maternos.

Dicho modelo se sustenta en el enfoque clínico, epidemiológico y social a la hora de abordar los problemas de salud de las personas, la familia y la comunidad, y cumple con principios como cobertura universal en salud, trabajo en equipo, participación comunitaria e intersectorialidad, compromiso con la salud, continuidad y enfoque integral de la atención, promoción de salud, prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud.[16]

Bajo esta concepción, el ingreso de las mujeres embarazadas en el hogar materno es estratégico para la Atención Primaria de Salud y para el modelo de medicina familiar: desde cada consultorio se controla el seguimiento de la embarazada y su ingreso en el hogar materno.

Los objetivos de la Atención Primaria de Salud son los siguientes:

• Identificar los elementos sanógenos o protectores, los riegos, daños u otros problemas de salud.

• Determinar, a partir del análisis, los factores explicativos de la situación de salud que se analiza y los factores predictivos de la situación de salud futura y deseada del sujeto de análisis.

• Construir el plan de intervención o de manejo de la situación de salud y definir la participación y responsabilidad en el mismo, de cada actor involucrado.

• Generar y desarrollar la capacidad de análisis de situación de salud en el sujeto-objeto de análisis.

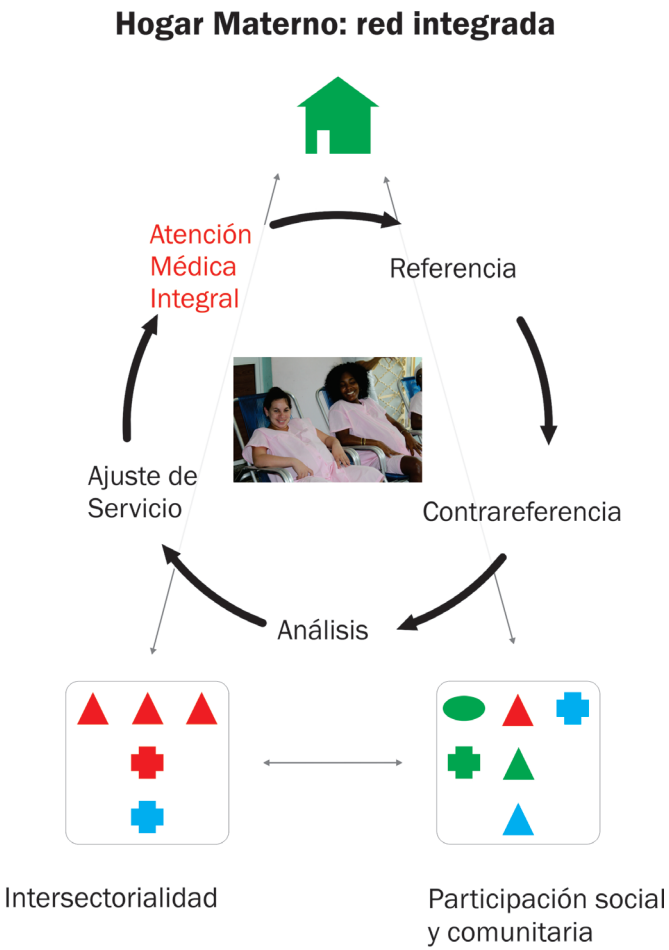
[16] A.M. Segredo Pérez: "El análisis de la situación de salud (ASIS), una herramienta esencial para los servicios de salud", conferencia en la Convención Internacional de Salud Pública, La Habana, 2012.

La estrategia nacional de Atención Primaria de Salud ha desarrollado una extensa red de hogares maternos que se ha expandido allí donde las necesidades poblacionales así lo exigen. Desde la práctica sanitaria cubana, la red de servicios de salud concibe la integración como "la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y reinserción social, de acuerdo a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud con la mayor calidad posible, de acuerdo al momento tecnológico e histórico social con que se cuente".[17] El hogar materno, entonces, se constituye en una suerte de espacio de integración para la red, donde los elementos de continuidad, intersectorialidad y participación social encuentran sentido de confluencia.

Los hogares maternos se encuentran insertos en la red de servicios, como muestra el gráfico a continuación. Ellos responden a la prestación de atención médica integral a la embarazada, como parte de la concepción intersectorial del sistema, que trasciende el enfoque médico. En el marco del enfoque intersectorial para el abordaje de problemas complejos de salud destacan por su importancia las medidas tomadas por los gobiernos municipales en aras de buscar fuentes variadas de alimentación, transportación y atención a la familia de las embarazadas ingresadas en los hogares maternos.

[17] P. López Puig, L. Alonso Carbonell, A.J. García Milián, I. Fernández Díaz: "Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud", *Revista Cubana de Medicina General Integral*, no. 25, 2009, pp. 86-97. Consultar en http://bvs.sld.cu

Dinámica de los servicios integrales de atención a embarazadas



- Hogar Materno
- Policlínico (centro coordinador)
- Consultorio Médico de la Familia (CMF)
- Hospital Materno
- Clínica Estomatológica
- Centro Municipal de Salud Mental
- Farmacia Municipal
- Centro Municipal de Higiene

¿Qué logramos con esta experiencia?

El mayor logro de la experiencia de los hogares maternos es la existencia misma de una red regionalizada de hogares maternos que cubre todo el territorio nacional. Es el resultado de una labor continuada y sistemática de varias décadas.

Hasta el año 2013 se contaba con 142 hogares maternos distribuidos en las 16 provincias del país. Las primeras en números de locales son La Habana (20), Granma (15) y Villa Clara (12).[18]

La contribución de los hogares maternos

Los hogares maternos contribuyeron a lograr que todos los nacimientos se realizaran en los hospitales, hecho aparejado a la ampliación del número de hospitales maternos y de los servicios gineco-obstétricos en los hospitales generales. Gracias a ellos, en un tiempo relativamente breve se erradicó el nacimiento domiciliario, asistido por personas con baja calificación, en condiciones deficientes, y resultado de la escasa accesibilidad de las mujeres cubanas a la atención del parto y a los servicios de salud en general antes de 1959.

Hoy el tema de la accesibilidad geográfica a este tipo de servicios se encuentra totalmente resuelto. Se cuenta con hospitales y policlínicos bien ubicados en todo el país, y con hogares maternos con cobertura universal y gratuita.

[18] *Anuario estadístico de salud 2013*: op. cit. p. 156.

Tabla 4. Comparación de indicadores de salud asociados al trabajo de los hogares maternos entre 1962 (fecha de origen) y 2013

Indicador	Año 1962	Año 1990	Año 2013
Parto institucional (%)	63, 2	-	99, 9
Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	117, 9	41,8	38,9
Mortalidad Infantil (‹1 año) (por 1000 nacidos vivos)	41, 5	10,7	4, 2
Índice de bajo peso al nacer	11, 7 (Año 1974)	-	5, 1

Fuente: *Salud en cifras. Cuba 2013*. Disponible en: www.one.cu

Un resultado colateral al incremento del parto hospitalario fue el salto cualitativo de la calidad de los registros de salud, en específico los vinculados a nacimientos y defunciones. Estos cambios permitieron que a la altura de 1972 ya Cuba pudiera participar junto con Estados Unidos, Inglaterra, Suecia, Austria, Hungría, Japón y Nueva Zelanda en un estudio de colaboración internacional de mortalidad perinatal, realizado por la OMS.[19] La razón de la inclusión de la isla fue su alta confiabilidad en la calidad y cobertura de los registros estadísticos de las edades perinatales.

[19] P.B. Eveleth y J.M. Tanner: *Worldwide variation in human growth*, Cambridge University Press, 1990, p.194.

cuentra en la institucionalización que ofrecen los hogares maternos un nodo para su reserva y distribución al resto de la red.

Si bien los registros de mortalidad materna e infantil no determinan numéricamente la influencia de los hogares maternos, hoy es incuestionable su positiva influencia en el control del parto prematuro, el crecimiento intrauterino retardado, las complicaciones fetales y obstétricas del embarazo de riesgo. La generación de evidencia sobre esos aspectos complejos es todavía una asignatura pendiente para la investigación en sistemas y servicios de salud. Un posibile tema sería el implementar estudios prospectivos con controles adecuados, en los que los análisis de morbilidad concentren el mayor interés.

¿Qué aprendimos?

La experiencia de los hogares maternos en Cuba evidencia la importancia de realizar una gestión de servicios que asegure la atención oportuna y efectiva a los procesos humanos de la vida cotidiana y a los asistenciales implícitos. Esa gestión se debe orientar a la determinación social de salud como proceso, en el que los aspectos económicos, étnicos y de género se deben transversalizar a través de tipos específicos de atención[20]. Desde ese punto de vista, Cuba ha contribuido de manera exitosa a la materialización de al menos seis de los principios emanados de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD):[21]

- Los seres humanos son el fin del desarrollo y siempre han de estar al centro de todo esfuerzo de desarrollo sostenible. Las personas son el recurso más importante y más valioso de toda nación.
- Promover la equidad y la igualdad de los sexos y el empoderamiento de las mujeres, así como eliminar toda forma de violencia contra ellas, han de ser piedras angulares de todo programa de población y desarrollo.
- Los objetivos y políticas de población son partes integrales del desarrollo económico, social y cultural, y cuyos fines son el mejorar la calidad de la vida de todas las personas.
- El crecimiento económico sostenido y el progreso social requieren de un crecimiento de base amplio que ofrezca igualdad de

[20] Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva, CLAP/SMR, Salud de la Familia y de la Comunidad, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: *El hogar materno: Descripción y propuesta para su instalación*, 2da. Edición, 2011. Disponible en: http://new.paho.org/clap

[21] Ver L. Artiles: "Desafíos para el Caribe a 10 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, Egipto", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2004; y M.A. Durán Heras: Los costes invisibles de la enfermedad, 2002.

oportunidades a todas las personas.

• La familia es la unidad básica de la sociedad y como tal es preciso fortalecerla. Tiene derecho a recibir protección y apoyos amplios. Existen diferentes formas de familia.

• Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para hacerlo.

Para cumplir con lo anterior, la Reunión Consultiva entre el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y ONGs sobre la Implementación del Programa de Acción de la CIPD en América Latina y el Caribe, realizada en 2003,[22] acordó los pasos siguientes:

• Asegurar la vigencia de los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva, la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer; así como el reconocimiento a los derechos de adolescentes y jóvenes a tener información, educación y acceso a servicios de salud reproductiva acogedores;

• Adoptar urgentes medidas de prevención, tratamiento, atención, información, unida a políticas de no exclusión de clase, raza, etnia género u orientación sexual.

Cualquier acción encaminada al bienestar de los pueblos debe ser garante de equidad y justicia social. Y para eso el Estado tiene la responsabilidad fundamental e ineludible de conectar diversos sectores y susbsistemas como la salud, la seguridad y el bienestar social.

Uno de los aprendizajes de estos años es que las políticas sociales y, en consecuencia, las políticas de salud con enfoque intersectorial, deben ser revisadas y reorientadas de modo permanente, en función de las necesidades de las personas o grupos poblacionales a las que se dirigen. De ahí la importancia estratégica que tiene contar con altos niveles de información puntual que permitan generar programas y acciones diferenciados.

[22] Reporte final de mayo del 2003.

Los hogares maternos son alternativas socio-sanitarias que conciben la salud de las poblaciones como un producto social y, en esa dirección, revaloran constantemente la determinación social de sus procesos. Los objetivos, funciones y actividades que persiguen, desarrollan y promueven, están conectados conceptualmente con las realidades donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas. Esa es la clave del éxito para los hogares maternos, trabajar desde las necesidades de las mujeres y sus comunidades, y obtener una retroalimentación positiva de su gestión.

PRO SALUTE
NOVI MUNDI
Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

9 789592 129771