

Intersections

Teoría & práctica trimestral del CCM

Otoño 2022

Volumen 10, Número 4

Compilada por Paul Shetler Fast

Grupos comunitarios de atención de la salud materno-infantil en África

7 Aprendizajes del uso de grupos de atención en una comunidad masái de Tanzania

por Paul Mosley

10 La información es poder cuando se enfrentan desafíos de salud interseccionales en las zonas urbanas de Burundi

por Chadric Ndayirorere y Adam Butler

13 Adaptación de los grupos de atención a los asentamientos informales urbanos inestables en Kenia

por Joyfrida E Anindo y Judith Siambe Opiyo

15 Colaboración comunitaria para la salud materno-infantil en la Nigeria interconfesional

por Kitshiwe William

17 El llamado de la Iglesia a mejorar la salud materno-infantil en Kenya

por Maurice Anyanga

El CCM ha tratado de mejorar la salud de las madres y de las niñas y niños pequeños desde sus primeros envíos de ayuda material al sur de Rusia en la década de 1920. En la década de 1940, los servicios de salud materno-infantil eran características fundamentales del trabajo de ayuda médica y hospitalaria del CCM desde Paraguay hasta la India. Desde la década de 1960 hasta la década de 1980, los proyectos de salud del CCM se centraron cada vez más en soluciones de base comunitaria que incluyó apoyo y capacitación de parteras y enfermeras comunitarias. En la década de 1990 y principios de la de 2000, el creciente enfoque del CCM en el VIH/SIDA amplió el trabajo de salud materno-infantil del CCM, particularmente en las áreas de prevención de la transmisión de madre a hijo/a del VIH y servicios de salud para niñas y niños huérfanos y familias vulnerables. Mientras que el trabajo de salud de CCM se alejó de los programas de tratamiento basados en clínicas hacia modelos de prevención más basados en la comunidad durante la última década, un nuevo enfoque para la programación de salud materno-infantil se ha vuelto prominente en los proyectos de salud del CCM, especialmente en África, donde se concentra la mayor parte del trabajo de salud materno-infantil del CCM.

Este nuevo enfoque de la salud materno-infantil se basa en gran medida en el modelo "Grupos de atención" desarrollado originalmente en Mozambique por World Relief en 1995. Aunque se diseñó para contextos rurales africanos, los grupos de atención se han utilizado ahora en docenas de países de África, Asia y América Latina, tanto en entornos urbanos como rurales, con informes positivos en la literatura sobre sostenibilidad, eficacia para estimular el cambio de comportamiento deseado, impacto en las medidas de salud básicas, que incluyen la mortalidad infantil y materna y la eficiencia de costos. Los grupos de atención se enfocan en empoderar a las familias para que tomen las mejores decisiones de salud que puedan dentro de las realidades de su contexto, informadas por una educación de salud de alta calidad y utilizando grupos de apoyo entre pares para facilitar un cambio de comportamiento perdurable. El modelo es sostenible y de costo relativamente bajo, debido a su ligero uso de personal clínico altamente capacitado, una colaboración complementaria proactiva con los sistemas de salud existentes y el despliegue de una promoción de cambio de comportamiento altamente contextualizada, adaptada a lo que es realista y priorizada por las propias madres participantes.

Los grupos de atención clásica están estructurados con diez a quince mujeres del barrio que se reúnen mensualmente para recibir educación y apoyo, dirigidas por una madre lideresa voluntaria elegida por el grupo. Estas madres lideresas se reúnen mensualmente en grupos de diez para recibir capacitación y apoyo de un miembro del personal de salud comunitaria (llamado promotor/a en la literatura), quien a su vez es capacitado y apoyado



Aprende más

CareGroupInfo.org:

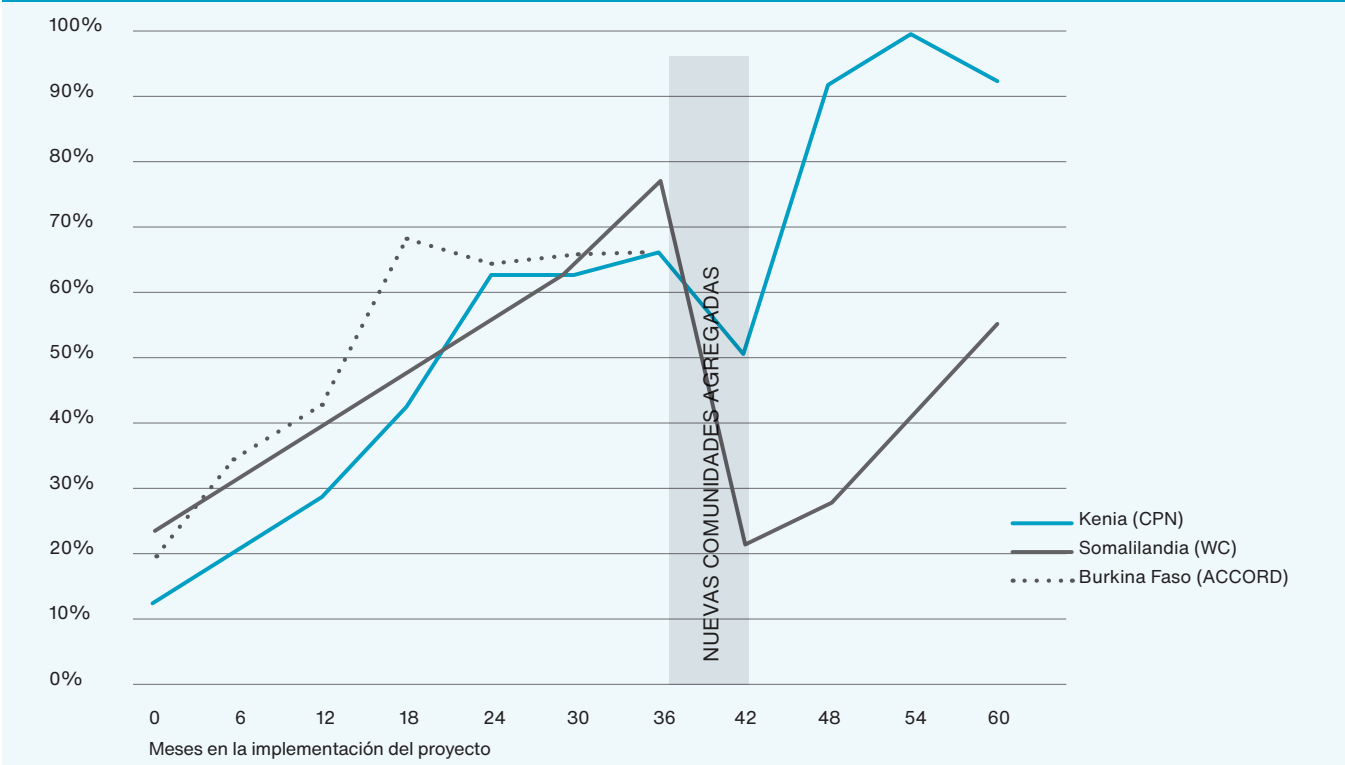
Un recurso en línea gratuito para establecer redes y compartir currículos, herramientas y evaluaciones de grupos de atención desde muchos contextos diferentes.

Food Security and Nutrition Network Social and Behavioral Change Task Force. *Care Groups: A Training Manual for Program Design and Implementation*. Washington, DC: Technical and Operational Performance Support Program, 2014. Disponible en inglés, español y francés en: <https://www.fsnnetwork.org/resource/care-groups-training-manual-program-design-and-implementation>.

por el personal de salud remunerado a tiempo completo del proyecto. De esta manera, un pequeño grupo de personal capacitado coordina y apoya la capacitación y la programación de cambio de comportamiento para cientos (y en algunos casos miles) de mujeres, reuniéndose mensualmente en grupos en sus vecindarios. El plan de estudios utilizado en estos grupos de atención se alinea con las directrices nacionales del Ministerio de Salud y las mejores prácticas de la Organización Mundial de la Salud y, en general, se comparte libremente entre las organizaciones asociadas y proyectos, lo que permite una distribución de bajo costo y una rápida adopción de materiales y métodos eficaces en una amplia variedad de idiomas locales. El plan de estudio suele abarcar temas como la mejora de la nutrición de las madres y lactantes, la prevención de enfermedades infecciosas (mediante mejoras de la infraestructura y prácticas de agua, saneamiento e higiene), la identificación de los signos de alarma en el embarazo, parto e infancia (incluyendo cuándo buscar atención médica) y el fortalecimiento de los esfuerzos de protección infantil. A ser un plan de estudios modular, se pueden agregar nuevos temas según las necesidades contextuales o las solicitudes de las participantes.

Aunque el CCM había utilizado grupos de apoyo entre pares en proyectos de salud comunitaria desde al menos la década de 1960, los primeros grupos de atención materno-infantil del CCM comenzaron en 2016 en Somalilandia (con la organización asociada World Concern). Al año siguiente, el CCM añadió proyectos de grupos de atención en Kenia (con el Centro para la Paz y la Nación de la Iglesia Menonita de Kenia) y en Tanzania (con la Iniciativa de Desarrollo Naiboisho). Al ver el éxito del modelo, muchas organizaciones asociadas del CCM adoptaron grupos de atención (como ACCORD en Burkina Faso, World Outreach International en Burundi, Mukuru Mennonite Academy en Kenia y Faith Alive Foundation en Nigeria). Todas estas iniciativas de grupos de atención recibieron el apoyo de un fondo del CCM establecido en honor a Luann Martin y su vida de trabajo por la salud de las mujeres, niñas y niños en todo el mundo. Otras organizaciones asociadas de Sudán del Sur, Uganda, Etiopía y la República Democrática del Congo están considerando la posibilidad de adoptar elementos de los grupos de atención en su propio trabajo en los próximos años.

Gráfico 1: Porcentaje de mujeres embarazadas y lactantes que alcanzan la diversidad dietética mínima



El hecho de que estos proyectos hayan demostrado ser efectivos para salvar vidas de forma sostenibles, dirigidas por la comunidad y que aprovechan los puntos fuertes de las organizaciones de base comunitaria, explica su rápida difusión entre las organizaciones asociadas del CCM. Una evaluación en 2021 del proyecto de grupos de atención apoyado por el CCM con ACCORD en Burkina Faso mostró una notable disminución del 83% en la mortalidad infantil entre las comunidades participantes desde el inicio del trabajo en 2018, a pesar del deterioro de la situación económica y de seguridad. Se estima que este único proyecto, que funciona en 37 aldeas en las zonas rurales de Burkina Faso, evitó aproximadamente 26 muertes infantiles por año de operación. Las vidas de estos niños/niñas mejoraron—en algunos casos incluso se salvaron—mediante una mejor nutrición, un mejor uso de los servicios de salud preventivos disponibles, detección temprana de las complicaciones del embarazo, mayores tasas de vacunación, mejores procedimientos de agua, saneamiento e higiene (WASH) y reducción de los casos de enfermedades infecciosas y diarrea. “El impacto ha sido tan claro y poderoso que ha unido a toda la comunidad”, dice Gregoui Sawadogo, un sacerdote católico que participó en el programa. “Lugareños y desplazados, católicos y protestantes, musulmanes y cristianos, trabajadores de la salud y curanderos tradicionales. Todos. Cuando todos pudimos ver que trabajar juntos salvaba las vidas de los niños, ¿cómo no podríamos unirnos para esto?”.

El CCM realizó una serie de evaluaciones de proyecto a partir de 2019 para aprender de la creciente cohorte de proyectos que utilizan grupos de atención y adaptaciones del modelo en múltiples programas del CCM en África. Los artículos de este número de *Intersecciones* destacan diferentes aprendizajes de estos proyectos sobre cómo las comunidades pueden unirse en contextos diversos y difíciles, utilizando modelos empoderadores dirigidos por la comunidad, como los grupos de atención para mejorar las vidas de las madres y las niñas y niños en riesgo. Algunos hallazgos clave de estas evaluaciones de proyectos de grupos de atención que pueden ser útiles para otras organizaciones asociadas del CCM que estén considerando este tipo de trabajo incluyen:



Perry, Henry, Melanie Morrow, Sarah Berger, Jennifer Weiss, Mary DeCoster, Thomas Davis, and Pieter Ernst. “Care Groups I: An Innovative Community-Based Strategy for Improving Maternal, Neonatal, and Child Health in Resource-Constrained Settings.” *Global Health: Science and Practice* 3/3 (2015): 358-369. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00051>.

Gráfico 2: Porcentaje de niñas/niños de 6 a 24 meses que reciben todas las prácticas de alimentación recomendadas

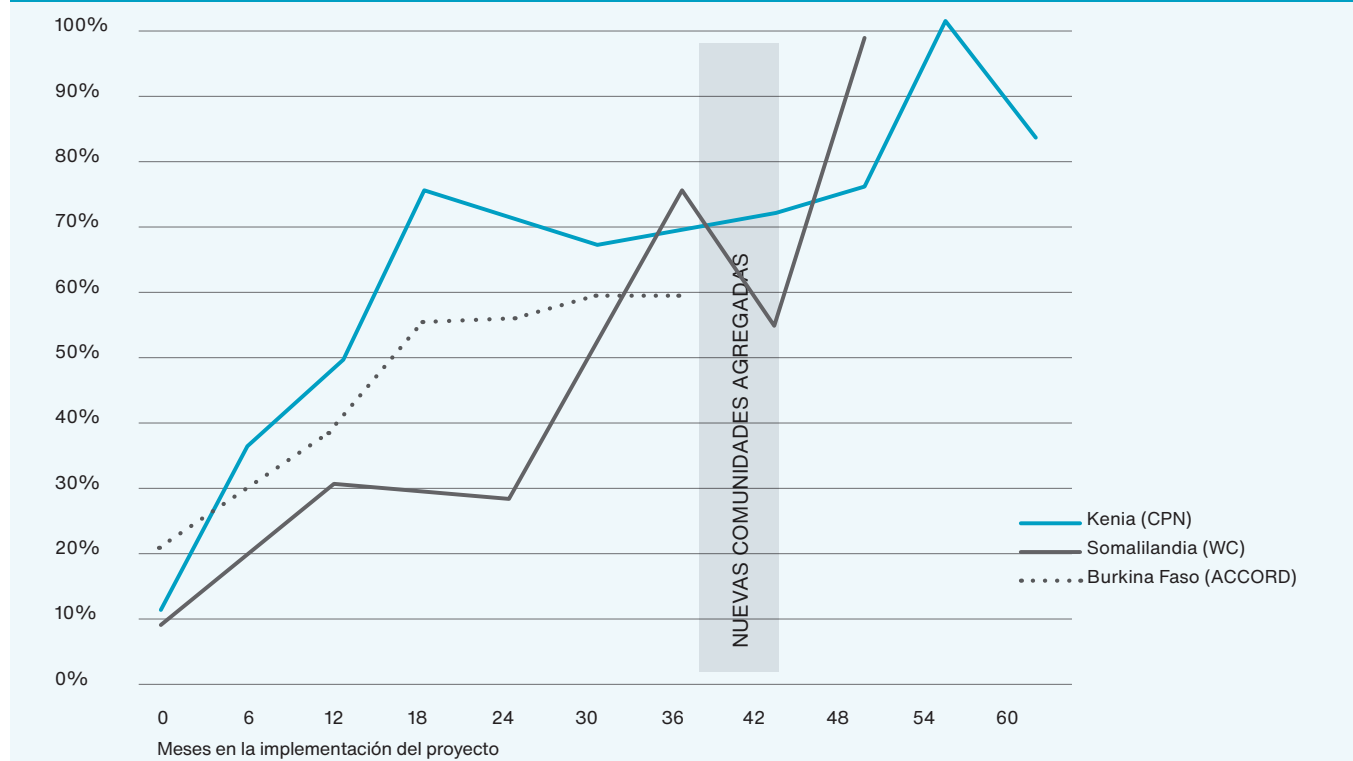
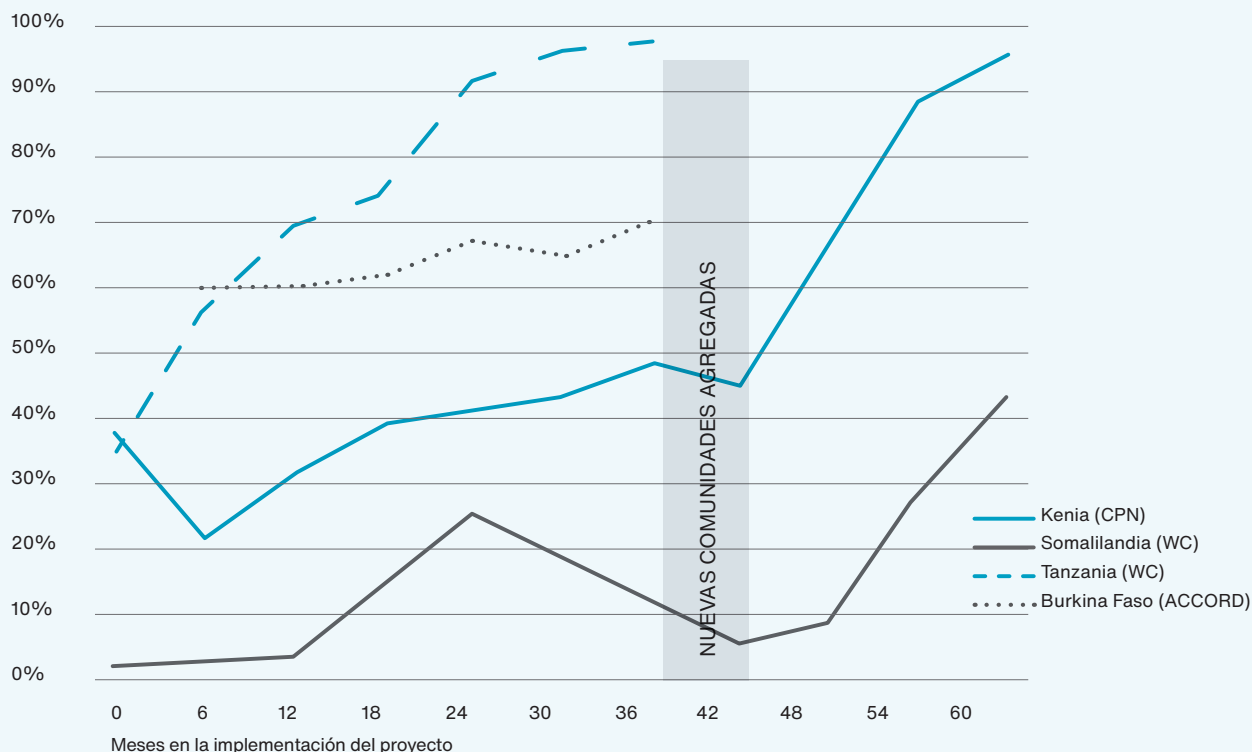


Gráfico 3: Porcentaje de mujeres participantes que reciben al menos cuatro (4) visitas de atención prenatal de un profesional de la salud capacitado antes del parto

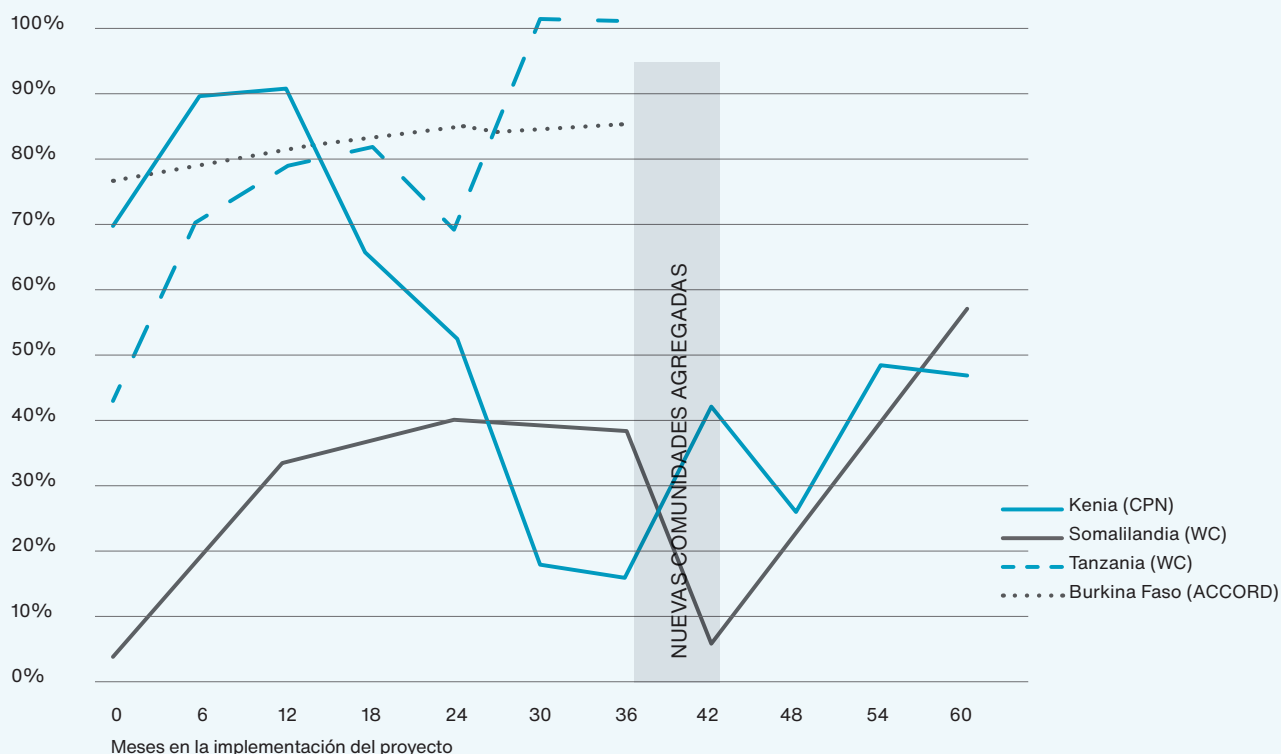


Aprende más

George, Christine Marie, Emilia Vignola, Jim Ricca, Tom Davis, Jamie Perin, Yvonne Tam, and Henry Perry. "Evaluation of the Effectiveness of Care Groups in Expanding Population Coverage of Key Child Survival Interventions and Reducing under-5 Mortality: A Comparative Analysis Using the Lives Saved Tool (LiST)." *BMC Public Health* 15/1 (2015): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2187-2>.

1. Los grupos de atención organizados por las organizaciones asociadas del CCM han sido eficaces en la creación y mantenimiento de cambios de comportamiento para mejorar la salud materno-infantil en una amplia variedad de contextos: desde comunidades de mayoría musulmana altamente rurales en Somalilandia hasta densos asentamientos informales urbanos en comunidades mayoritariamente cristianas en Kenia; con organizaciones asociadas especializadas en salud como WOI en Burundi o FAF en Nigeria, hasta organizaciones asociadas de desarrollo comunitario más nuevas en el trabajo de salud como NDI en Tanzania. Las organizaciones asociadas han encontrado que los grupos de atención son altamente adaptables a la cultura, contexto y capacidades de las organizaciones asociadas locales.
2. En consonancia con la literatura publicada, los grupos de atención de las organizaciones asociadas del CCM han sido más eficaces en la creación de cambios en las áreas que están más directamente bajo el control de las familias (es decir, los comportamientos que las familias tienen el poder de cambiar por sí mismas). Dos ejemplos de esto son la diversidad dietética de las madres durante el embarazo y lactancia (véase el gráfico 1) y las familias que utilizan todas las prácticas de alimentación recomendadas para lactantes y niñas y niños pequeños (véase el gráfico 2). Obsérvese la disminución temporal del rendimiento medio de estos indicadores en los proyectos de Kenia y Somalilandia cuando se agregaron nuevas comunidades después del primer ciclo de tres años del proyecto.
3. Las organizaciones asociadas del CCM fueron testigos de mejoras significativas en el acceso de las mujeres a los servicios de salud esenciales cuando se coordinaban estrechamente con los servicios de salud del gobierno y esos servicios de salud estaban disponibles. Un buen ejemplo de esto son las visitas de atención prenatal durante el embarazo (véase el gráfico 3). Se ha demostrado en la literatura que estas visitas son altamente efectivas para reducir la mortalidad materno-infantil al detectar tempranamente las complicaciones en el embarazo para que se pueda brindar tratamiento. De las iniciativas de grupos de atención del CCM de los últimos seis años, el proyecto de Tanzania (del que se habla en el artículo de Paul Mosley en este número) fue el más integrado con los servicios de salud del gobierno y vio el aumento más rápido en las visitas de atención prenatal durante el primer ciclo de tres años. Las organizaciones asociadas

Gráfico 4: Porcentaje de mujeres embarazadas y lactantes participantes que reciben suplementos de micronutrientes diarios recomendados



del CCM que operan grupos de atención en los proyectos de Kenia y Somalilandia aprendieron de esta experiencia y cambiaron las estrategias para coordinarse mejor con los servicios gubernamentales, lo que les permitió lograr mejoras mucho mayores durante su segundo ciclo de proyecto de tres años.

- Estos proyectos tuvieron más dificultades para crear un cambio positivo cuando los comportamientos recomendados dependían de servicios gubernamentales que no eran fiables y estaban fuera del ámbito de influencia del proyecto. Un ejemplo fue el acceso a suplementos de micronutrientes para las mujeres embarazadas y lactantes (véase el gráfico 4). En todas las áreas del proyecto se suponía que las clínicas administradas por el gobierno proporcionarían estos suplementos. Sin embargo, en la mayoría de los sitios el acceso de las mujeres embarazadas y lactantes a estos suplementos fue inconsistente, lo que llevó a un bajo consumo por parte de las mujeres. El único proyecto que logró una cobertura cercana al 100% en esta área fue el de Tanzania, donde el personal de la organización asociada del CCM trabajó directamente con las clínicas del gobierno para garantizar un suministro constante de suplementos.

“ Cuando todos pudimos ver que trabajar juntos salvaba las vidas de los niños, ¿cómo no podríamos unirnos para esto?” — Gregoui Sawadogo, sacerdote católico en Burkina Faso.

Estos hallazgos de la evaluación y los aprendizajes presentados en los siguientes artículos destacan tanto el potencial como los desafíos de usar modelos de cambio social y de comportamiento dirigidos por la comunidad como los grupos de atención para mejorar la salud en diversos contextos. Mientras que el CCM y sus organizaciones asociadas buscan estrategias para mejorar el impacto comunitario, los éxitos, desafíos y aprendizajes de los proyectos de salud materno-infantil de los grupos de atención en África compartidos en este número pueden ser un catalizador para el pensamiento creativo. Si bien los enfoques de cambio de comportamiento como los grupos de atención no pueden resolver todos los problemas, ofrecen una estrategia potencialmente poderosa para empoderar a las familias y comunidades para que hagan los mejores cambios que puedan, dadas las limitaciones a las que se enfrentan.

Paul Shetler Fast es coordinador de salud del CCM y vive en Goshen, Indiana.



Abdoul Nassir Sawadogo con su hija Zounogo Sawadogo participa en el proyecto del grupo de atención de salud materno-infantil apoyado por el CCM con la organización asociada interreligiosa local Action Citoyenne et Communautaire pour la Résilience et le Développement (ACCORD, acrónimo francés que significa Acción Ciudadana y Comunitaria para la Resiliencia y el Desarrollo) en Forgui, Burkina Faso. En esta foto de junio de 2021, Abdoul alimenta a su hija con una papilla local enriquecida hecha de mijo, maní, soja y frijoles negros que se le enseñó a hacer en el programa. (Foto del CCM/Paul Shetler Fast)

¿Qué es un grupo de atención?

- Grupos de la vecindad de 10 a 15 madres/padres (en su mayoría madres) que se reúnen al menos una vez al mes. Eligen entre sus pares a una lideresa voluntaria para facilitar sus sesiones de grupo.
- Las lideresas de pares se reúnen mensualmente en grupos de 10 a 15 con una persona promotora de la salud semivoluntaria (generalmente una trabajadora de salud comunitaria) para recibir capacitación y apoyo adaptados al contexto.
- Las personas promotoras se reúnen periódicamente con personal remunerado que coordina los grupos, capacita a las personas promotoras, garantiza una capacitación constante, clasifica y remite casos complejos, sirve de enlace con el sistema de salud local y adapta el plan de estudios al contexto local.
- El modelo se centra en el empoderamiento de la familia para apoyar a las mujeres embarazadas y lactantes a tomar decisiones informadas sobre la salud materno-infantil dentro de las realidades de sus contextos, con grupos de apoyo y educación entre pares que facilitan un cambio de comportamiento sostenido.
- El plan de estudios de los grupos de atención abarca múltiples temas, como las estrategias para mejorar la nutrición de las madres y lactantes, las formas de evitar las enfermedades infecciosas (a través del agua, saneamiento e higiene), atención preventiva como las vacunas, señales de alarma en el embarazo, parto e infancia (incluyendo cuándo buscar atención médica) y protección infantil.
- El currículo está contextualizado a las realidades locales, con elementos modulares que se pueden agregar o modificar para satisfacer las necesidades contextuales o las solicitudes de las personas participantes.

Aprendizajes del uso de grupos de atención en una comunidad masái de Tanzania

Ebiotishu Oondomonok Ongera (EbOO), o Madre e Hijo Sanos en el idioma Maasai, fue un proyecto apoyado por el CCM en Tanzania con Naiboisho Development Initiative (NDI) de 2017 a 2020. El proyecto buscaba reducir la mortalidad materno-infantil en una zona rural habitada por varias comunidades masái en el área de conservación de Ngorongoro en el noroeste de Tanzania.

El proyecto estableció seis grupos de atención, dos en cada una de las tres aldeas de la zona. Los grupos de atención estaban compuestos por un total de 75 lideresas voluntarias que atendieron a más de 4,300 mujeres embarazadas y lactantes y atendieron 2,223 partos durante la vida del proyecto. Dado que Nainokanoka se encuentra en un entorno muy aislado y con una población reducida, el proyecto pudo incluir a casi todas las mujeres embarazadas de esa aldea.

De conformidad con los objetivos operativos del Gobierno de Tanzania de aumentar el número de mujeres que completan visitas de atención prenatal, dan a luz en centros de salud y amamantan inmediatamente después del parto y exclusivamente durante seis meses, el proyecto promovió la adopción de estas prácticas utilizando un enfoque de cambio de comportamiento de los grupos de atención.

Además de promover estas prácticas saludables de embarazo y parto basadas en evidencia, el proyecto también brindó financiamiento secundario para evitar el desabastecimiento de suplementos prenatales (hierro y ácido fólico) en los tres establecimientos de salud de la zona, ofreció a las parteras de los centros oportunidades de desarrollo profesional e incentivó la asistencia a las visitas de atención prenatal con provisión de liche, una papilla nutritiva que pueden comer las mujeres embarazadas y las niñas y niños mayores de seis meses.

Una de las innovaciones del proyecto a la hora de adaptarse al contexto masái en Tanzania fue que las voluntarias de los grupos de atención fueron seleccionadas de un grupo de parteras tradicionales (PT) muy respetadas, en lugar de la cohorte de mujeres embarazadas y lactantes participantes. Esta modificación de las estructuras típicas de los grupos de atención por parte de la NDI fue importante debido al papel central que desempeñan las PT en la atención a las mujeres embarazadas desde el primer trimestre hasta el parto y durante los seis meses posteriores. Además, la capacitación de las PT sobre las mejores prácticas de atención prenatal permite corregir algunas prácticas tradicionales potencialmente perjudiciales en relación con el embarazo y el parto que estaban siendo promovidas por las PT en la comunidad. Entre estas prácticas destaca la creencia de que una mujer embarazada debe privarse de alimentos en su último trimestre “para asegurar un bebé de bajo peso y un parto fácil”.

Si bien había preocupación sobre la aceptación por parte de las PT, especialmente como defensoras del parto en centros de salud, los beneficios superaban los riesgos. Las PT se encargaron de llevar a las mujeres a todas sus visitas de atención prenatal y de acompañarlas a un centro para el parto. Durante el embarazo, las PT también compartieron las enseñanzas de los módulos de capacitación que recibieron sobre nutrición durante el embarazo y señales de advertencia de complicaciones (particularmente preeclampsia y hemorragia), y ayudaron a las madres a elaborar un plan de parto.

Las observaciones realizadas durante la encuesta de la línea de base y los primeros datos de los resultados del proyecto indicaron la necesidad de comprender mejor los factores culturales que influyen en la decisión de dar a luz en un centro. Hubo evidencia de un rápido aumento en el número de mujeres que acudían a los centros para las visitas

“ Las parteras notaron que el impacto del proyecto en el comportamiento de búsqueda de atención de la salud de las madres había llevado a su vez a un mayor uso de los servicios clínicos generales por parte de la población en su conjunto”.

“ Las voluntarias de los grupos de atención fueron seleccionadas de un grupo de parteras tradicionales (PT) muy respetadas, en lugar de la cohorte de mujeres embarazadas y lactantes participantes. Esta modificación de las estructuras típicas de los grupos de atención por parte de la NDI fue importante debido al papel central que desempeñan las PT en la atención a las mujeres embarazadas desde el primer trimestre hasta el parto y durante los seis meses posteriores”.

“Nuestros niños aprenden a caminar antes de lo esperado, no tienen la tos común todo el tiempo”.

“Los niños tienen un mejor desarrollo en comparación con años anteriores”.

“Los bebés son pesados, tienen suficiente peso”.

“Los niños no tienen resfriados comunes ni enfermedades repetitivas”.

—Respuestas de las madres durante los grupos focales

prenatales sin un aumento correspondiente en el número de nacimientos en los centros, lo que no se podía explicar totalmente por las barreras de acceso. Un estudio cualitativo de estas dinámicas encontró que los factores psicosociales, el papel de los tomadores de decisiones sobre el lugar del parto y la falta de acceso oportuno influyeron en la decisión de dar a luz en el hogar. A pesar de estos desafíos, hubo pruebas significativas de la voluntad de adoptar cambios en las prácticas culturales en torno al parto que favorecieron mejores resultados para las madres y lactantes.

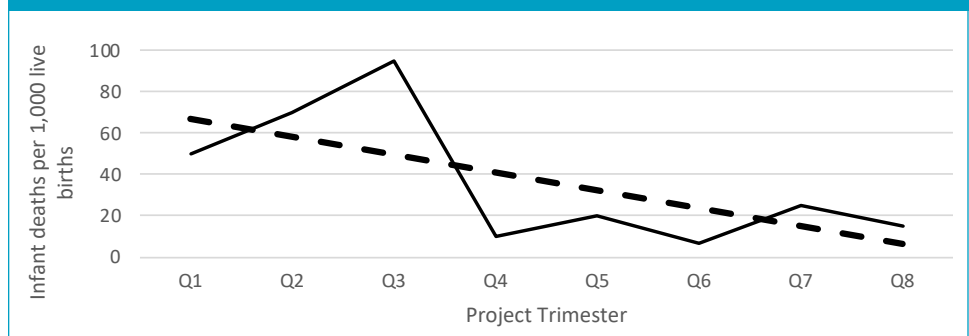
El proyecto tenía varias ventajas geográficas que aumentaron las posibilidades de éxito del proyecto, así como la capacidad de atribuir con seguridad el éxito a la intervención del proyecto. La aldea de Nainokanoka estaba aislada y no tenía otros programas de salud materno-infantil en funcionamiento en ese momento. Además, la capacidad de la NDI para llegar a todas las mujeres de la aldea debido al tamaño de la población y la plena cooperación de las seis enfermeras parteras en los tres centros de salud de Nainokanoka hizo que las actividades del proyecto se reforzaran por sí mismas y, por lo tanto, fueran más eficaces.

Mortalidad materno-infantil: Los resultados de salud de alto nivel son difíciles de atribuir a un proyecto, en particular la mortalidad materna, que es relativamente rara, especialmente en una población de sólo 14,000 habitantes. No obstante, se puede hacer una comparación entre la mortalidad materna prevista (número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos) en la aldea, sobre la base del promedio regional comunicado en el censo de población de 2012 (535 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos) y el proyecto que observó una tasa de (134 por 100,000 nacidos vivos). Traducido a la duración del proyecto, se habría esperado 8 muertes maternas en la aldea durante el período del proyecto, mientras que solo se observaron tres, cifras que se traducen en cinco vidas maternas salvadas que se pueden atribuir, con cierta seguridad, a la intervención del proyecto.

La mortalidad infantil es más frecuente que la mortalidad materna en una población de este tamaño, lo que permite realizar un seguimiento trimestral de las tendencias de la mortalidad infantil. Hubo una tendencia descendente perceptible en la mortalidad infantil: aunque esta tendencia es difícil de atribuir enteramente al proyecto, la reducción de la tasa de mortalidad infantil es consistente con lo que la NDI esperaba ver basado en la teoría de cambio del proyecto. En el primer trimestre, la tasa de mortalidad infantil en estas comunidades se acercó al promedio rural nacional. En los trimestres restantes hubo una tendencia descendente que terminó significativamente inferior al final del proyecto (15 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos en comparación con 50 en el primer trimestre).

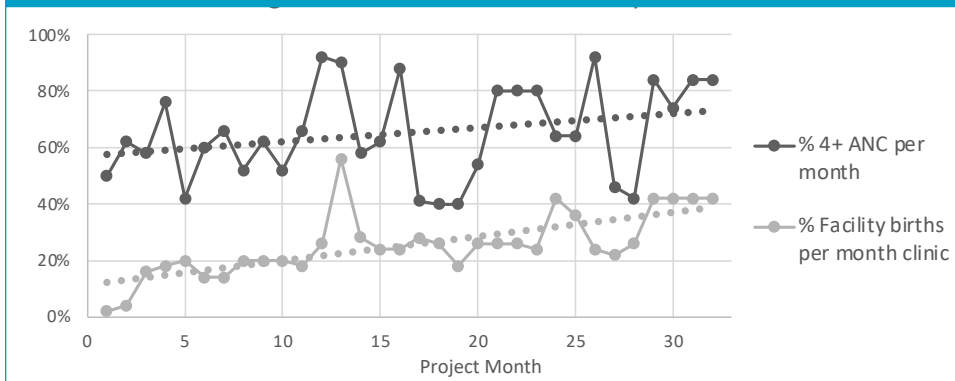
Aumento de partos asistidos en centros y visitas de atención prenatal: Antes del proyecto, la práctica de acudir a un centro para dar a luz era poco frecuente, se calculaba que no llegaba al 10% de todos los partos en la aldea según la línea de referencia. Al final del

Gráfico 5: Tasa de mortalidad infantil trimestral en el proyecto de Tanzania



proyecto, los partos en centros de salud habían aumentado al 40%. Completar las visitas de atención prenatal era más frecuente antes del proyecto que los partos asistidos en centros de salud, alrededor del 50%, pero mostró un aumento aproximado al 10% durante la vida del proyecto.

Gráfico 6: Porcentaje de madres participantes que completan las visitas de atención prenatal y partos en centros de salud



Lactancia materna inmediata y exclusiva: La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del lactante representó un cambio respecto a la práctica tradicional, que consideraba suficientes tres meses de lactancia materna exclusiva antes de introducir alimentos complementarios y agua. Las mujeres informaron de que ahora seguían amamantando exclusivamente durante seis meses y afirmaron ver diferencias en la salud de sus bebés. Varias madres mencionaron que sus bebés no tenían diarrea ni resfriados en los primeros seis meses, un cambio con respecto a lo que habían visto en el pasado. Las PT también afirmaron que estaban enfatizando la lactancia materna exclusiva durante seis meses en sus visitas a las nuevas madres.

Las PT y las madres también hablaron sobre la importancia de tener suficiente comida y diversidad dietética durante el embarazo. Este fue un cambio importante en la comprensión de la salud materna, ya que la práctica tradicional entre el pueblo masái era ‘matar de hambre’ a una mujer en el último trimestre del embarazo para asegurarse de que diera a luz a un bebé ‘pequeño’. Los grupos de mujeres y de parteras tradicionales enfatizaron los peligros de un bebé con bajo peso al nacer e informaron que ya no evitaban los alimentos en el último trimestre.

Impacto más amplio: Las entrevistas con las enfermeras parteras tuvieron un resultado sorprendente. Las parteras notaron que el impacto del proyecto en el comportamiento de búsqueda de atención de salud de las madres había llevado, a su vez, a un mayor uso de los servicios clínicos generales por parte de la población en su conjunto. Las enfermeras no sólo observaron un aumento del acceso de las mujeres a los servicios prenatales, sino también de las visitas posnatales y del ‘niño sano’ e incluso de los hombres que buscan atención de salud. En palabras de un oficial médico, “Solían ir a curanderos tradicionales para muchas de estas dolencias, pero ahora tienen más confianza en las clínicas médicas para atender sus necesidades de salud”.

El proyecto de grupos de atención EbOO apoyado por el CCM con la NDI en la zona de Nainokanoka en Tanzania ha tenido un impacto significativo en la salud materno-infantil. Una mayor confianza entre la comunidad y los proveedores de servicios de salud fomentada por esta iniciativa, así como nuevos conocimientos facilitados a las PT, permitirá la sostenibilidad más allá de la vida de este proyecto.

Paul D. Mosley es representante del CCM en Etiopía. Fue coordinador de programas de salud del CCM en Tanzania de 2017 a 2020 mientras este proyecto estaba activo.



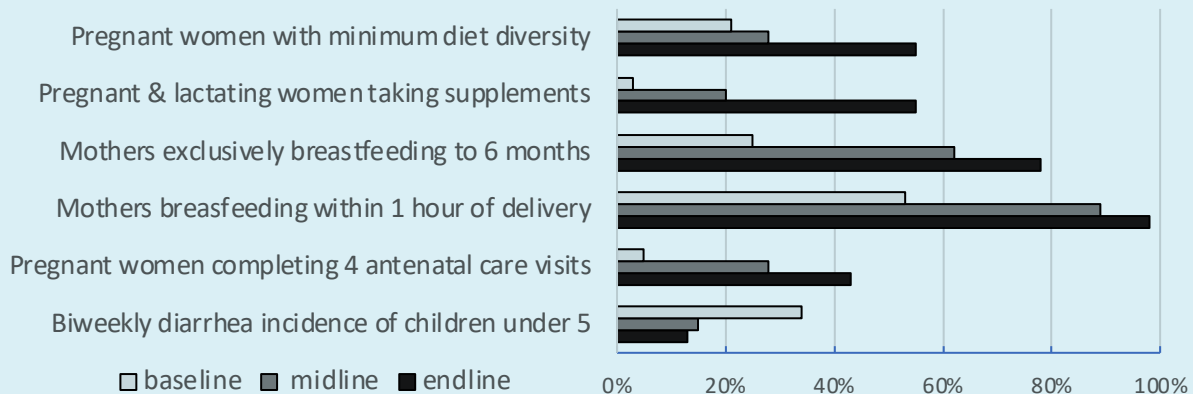
Mosley, Paul D, Saruni, Kisiaya, and Lenga, Bernadetha. “Factors Influencing Adoption of Facility-Assisted Delivery-a Qualitative Study of Women and Other Stakeholders in a Maasai Community in Ngorongoro District, Tanzania.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 20/100 (2020): 1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2728-2>.

Grupos de atención en Somalilandia

De 2016 a 2021, el CCM se asoció con World Concern para llevar el enfoque de grupos de atención a 7,128 personas en las regiones rurales de Sool y Sanaag de Somalilandia. La salud materno-infantil enfrentaba grandes dificultades en estas comunidades con altas tasas de desnutrición aguda, retraso en el crecimiento, emaciación y bajo uso de las prácticas recomendadas de alimentación infantil y una falta extrema de acceso a los servicios de salud. A pesar de las dificultades del contexto, el proyecto vio un progreso significativo en la mayoría de los indicadores que las familias mismas podían controlar, como las prácticas de alimentación, el uso de suplementos nutricionales, la mejora de la higiene y el uso de la atención médica disponible. El proyecto también se dio cuenta de la importancia de la participación masculina dentro de la cultura e innovó al organizar grupos de atención de hombres para equiparlos con el mismo conocimiento compartido con las mujeres de modo que pudieran abogar por un mejor apoyo para sus esposas embarazadas y lactantes y sus hijas e hijos pequeños.

Elaborado por Paul Mosley, representante del CCM en Etiopía.

Indicators of Change in Somaliland Project



La información es poder cuando se enfrentan desafíos de salud interseccionales en las zonas urbanas de Burundi

Abordar de manera efectiva los complejos desafíos de salud interseccionales requiere una comprensión profunda del contexto y de las barreras a la salud de la población específica a la que se atiende. Para World Outreach Initiatives (WOI) y su proyecto de grupos de atención de salud materno-infantil apoyado por el CCM, eso significa comprender las realidades vividas de las familias pobres y marginadas a las que atienden en los densos asentamientos urbanos de Bujumbura, Burundi. Burundi es una pequeña nación sin salida al mar, la quinta más pequeña de África continental. Se estima que el 90% de su densa

población depende de la agricultura para su sustento. Según el Índice de Desarrollo Humano de la ONU, Burundi ocupa el puesto 185 de 189 países del mundo, y el 71% de la población vive con menos de \$2 por día. Bujumbura, la bulliciosa capital de Burundi, situada a orillas del lago Tanganica, tiene una población de más de un millón de residentes y jornaleros. Carros, bicicletas, autobuses, tuk-tuks y peatones llenan las calles. Las mercancías se transportan por toda la ciudad en la parte trasera de las bicicletas o en las cabezas de hombres y mujeres. A pesar de sus dificultades, Bujumbura es una ciudad de actividad, energía y esperanza.

En los últimos años, miles de personas han acudido en masa desde las zonas rurales a Bujumbura en busca de trabajo. Sin embargo, es difícil encontrar trabajo, especialmente para quienes tienen una educación y habilidades limitadas y para las mujeres que vienen del campo. Los precios son más caros en Bujumbura y los residentes deben pagar el alquiler que, a menudo, no forma parte de la vida en el campo. Quienes vienen en busca de empleo se ven en la obligación de instalarse en los vecindarios más pobres, viviendo en casas pequeñas y densamente pobladas. Las viviendas no cuentan con servicios básicos como agua potable, electricidad o acceso a alcantarillado. No tienen baños bien equipados con agua o inodoros. Las aguas residuales, a menudo, fluyen entre las casas. Durante la temporada de lluvias, estas zonas sufren inundaciones, debido a una infraestructura de drenaje mal establecida y sin mantenimiento. Estas condiciones propagan enfermedades infecciosas de “manos sucias”. Encontrar lo suficiente para comer es una gran preocupación y muchas personas se ven obligadas a mendigar o prostituirse. La tasa de fecundidad en Burundi (nacimientos por mujer) es de 5,3 que, para las personas pobres de las zonas urbanas, suelen ser muchos para albergar, alimentar y educar con un ingreso muy pequeño.

El VIH y el SIDA aún prevalecen en estos vecindarios, a pesar de que el gobierno subsidia los medicamentos antirretrovirales (ARV). Los ARV se deben tomar con alimentos o causan malestar estomacal. Debido al desempleo y la falta de ingresos, muchas personas con VIH/SIDA no tienen alimentos suficientes para tomar los ARV cada día. Sin los ARV, se debilitan y enferman y su condición puede progresar. Esto provoca más problemas de generación de ingresos y marginación, y el ciclo de pobreza y problemas de salud se repite.

El gobierno de Burundi subsidia la atención médica para mujeres embarazadas y niñas y niños menores de cinco años. Sin embargo, esto no se aplica a niñas y niños que no cuentan con certificados de nacimiento. En la sociedad burundiana, las mujeres solteras que quedan embarazadas están muy estigmatizadas. Estas mujeres se avergüenzan de ir al gobierno local y registrar a sus hijas e hijos con un estatus de ‘padre desconocido’. Se sienten obligadas a dejar a sus hijas e hijos sin registrar, lo que les impide acceder a los servicios de salud del gobierno y a matricularse en la escuela. Además, muchas mujeres, especialmente las que provienen del campo, no saben del requisito del certificado de nacimiento para recibir estos servicios. Sin estas ayudas, la atención médica es demasiado cara para que muchas mujeres puedan costearla por su cuenta.

La WOI es una organización cristiana de Burundi que trabaja para quienes sufren en este contexto de vulnerabilidad interseccional: desempleo, pobreza, VIH/SIDA, inseguridad alimentaria, estigma y más. La WOI ha sido una organización asociada del CCM desde 2001. La WOI ha identificado la salud como un área clave de enfoque para combatir la vulnerabilidad, estableciendo dos clínicas de salud cerca de los vecindarios más pobres de Bujumbura. Estas clínicas brindan una amplia gama de servicios de salud. Durante su evaluación de la situación con el CCM en 2019, la WOI identificó la falta de información de salud precisa y factible en estos barrios como una barrera clave para que las mujeres y las niñas y niños accedan a la atención médica que necesitan y merecen. Muchas personas acudían a las clínicas de la WOI con

“ Abordar de manera efectiva los complejos desafíos de salud interseccionales requiere una comprensión profunda del contexto y de las barreras a la salud de la población específica a la que se atiende”.

“ Una mujer puede entender la importancia de lavarse las manos, pero si no puede comprar jabón, no habrá cambio de comportamiento”.

enfermedades prevenibles. Muchas otras no conocían los servicios de salud que tenían a su disposición. En colaboración con el CCM, la WOI decidió implementar grupos de atención para difundir rápidamente información sobre nutrición, salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, saneamiento, derechos del paciente e higiene con el fin de empoderar a las familias más vulnerables para que tomen decisiones de salud informadas y accedan a los servicios de salud disponibles.

Los grupos de atención funcionan de manera similar a una red de extensión agrícola, donde la información se difunde a lo largo de una cadena en expansión de educadores comunitarios. Cada una de las dos clínicas de WOI tiene un personal médico que ejerce la coordinación del programa en su comuna. Estas dos personas médicas trabajan con otras dos personas mediadoras de la salud (cuatro en total) que ejercen la supervisión de los grupos de atención. Cada persona mediadora de salud supervisa a tres movilizadoras comunitarias (total de 12). Estas personas movilizadoras comunitarias promueven la información de salud dirigida a los grupos de atención. Cada grupo de atención está compuesto por diez lideresas comunitarias voluntarias (un total de 120 en el proyecto). Luego, es responsabilidad de las lideresas voluntarias de la comunidad acompañar a un grupo de diez mujeres vecinas (total de 1,200). La ventaja de los grupos de atención es que la información se contextualiza y se difunde rápidamente a muchas personas vulnerables utilizando la estructura del grupo. Cada mes, las personas movilizadoras comunitarias se reúnen con sus lideresas voluntarias para definir qué temas enseñarán durante las siguientes semanas. Las lideresas voluntarias luego se reúnen con sus grupos de vecinas una vez por semana para reforzar los mensajes y brindar apoyo entre pares.

“ La información por sí sola no equivale necesariamente a un cambio de comportamiento. Por ejemplo, una mujer puede entender la importancia de lavarse las manos, pero si no puede comprar jabón, no habrá cambio de comportamiento”.

Durante los primeros dos años del proyecto, el CCM y WOI han aprendido lecciones importantes sobre el modelo de grupo de atención. El primero es la importancia de la fidelidad, es decir, verificar que la información de salud se transmita correctamente a lo largo de la cadena. WOI ha realizado ‘exámenes’ periódicos a las personas movilizadoras comunitarias y voluntarias para asegurarse de que entienden la información que están enseñando. Los eslabones cruciales de las cadenas son las voluntarias de la comunidad, ya que conectan a las personas movilizadoras más capacitadas y las familias vulnerables a las que el programa busca alcanzar. Las voluntarias han solicitado insignias para legitimar sus cargos y la información que enseñan en sus comunidades. También han pedido un pequeño estipendio para pagar por su tiempo para organizar y preparar las reuniones semanales. Ha resultado importante que las voluntarias entiendan y valoren su papel único e importante, no como personal clínico que diagnostica o trata a pacientes, sino como compañeras de apoyo que difunden información de salud y remiten a las personas enfermas a su clínica local.

Otra lección ha sido la comprensión de que la información por sí sola no equivale necesariamente a un cambio de comportamiento. Por ejemplo, una mujer puede entender la importancia de lavarse las manos, pero si no puede comprar jabón, no habrá cambio de comportamiento. WOI entiende que el cambio de comportamiento es un proceso largo y complejo y que el refuerzo regular y el apoyo entre pares de los grupos de atención pueden ayudar en este proceso. Las iniciativas de WOI han tenido éxito en asuntos como promover la vacunación infantil y concienciar a las mujeres sobre los servicios de salud que el gobierno pone a su disposición. Basándose en estos éxitos, WOI cree que los grupos de atención podrían ser una excelente plataforma para compartir estrategias y recursos en torno a la generación de ingresos, acceso al crédito y medios de vida sostenibles.

Chadric Ndayirorere es el responsable de programas de World Outreach Initiatives. Adam Butler es el coordinador de programas del CCM Burundi. Ambos viven en Bujumbura.

Adaptación de los grupos de atención a los asentamientos informales urbanos inestables en Kenia

El Centro para la Paz y la Nación (PCN) de la Iglesia Menonita de Kenia (Diócesis de Nairobi) ha estado implementando proyectos comunitarios de salud materno-infantil utilizando grupos de atención en el asentamiento de Mathare desde 2017. Mathare es uno de los asentamientos urbanos informales más grandes, pobres y densamente poblados de África. El proyecto utiliza la comunicación para el cambio de comportamiento basado en la evidencia y el apoyo de los grupos de atención para aumentar la utilización de los servicios de salud disponibles, mejorar los comportamientos de búsqueda de la salud y abordar las barreras que impiden una salud adecuada para las mujeres y las niñas y niños vulnerables. El proyecto actual está en vías de llegar a más de 3.000 madres.

El asentamiento informal de Mathare es una comunidad de alto riesgo y baja confianza con migración constante, altas tasas de delincuencia, múltiples grupos étnicos y religiosos y frecuentes disturbios políticos. Observando las altas tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil en Mathare y las dificultades de los programas de salud materno-infantil más tradicionales, el CPN comenzó a poner en marcha grupos de atención en 2017 y se convirtió en la primera organización en publicar sobre la adaptación exitosa de los grupos de atención a un denso asentamiento urbano informal en África. Los grupos de atención se diseñaron originalmente para entornos rurales africanos en los que las personas participantes son residentes permanentes, las estructuras comunitarias están intactas, los residentes no emigran constantemente y las estructuras familiares son estables. Esto hizo que la adaptación de los grupos de atención a un asentamiento urbano informal como Mathare fuera un desafío. Además, los residentes de Mathare suelen tener una mentalidad que percibe a la comunidad como algo que no es responsabilidad de nadie, por lo que no fue fácil que los miembros de la comunidad se reunieran para ayudar a encontrar soluciones a los problemas de su comunidad. A pesar de estos desafíos contextuales, los grupos de atención están prosperando en Mathare y han mejorado la salud materno-infantil en este asentamiento urbano informal, incluso frente a la pandemia de COVID-19.

La educación de salud en los grupos de atención se centra en el cambio de comportamiento positivo práctico para las madres participantes. Los grupos de atención promueven comportamientos positivos sobre los que las mujeres tienen control, como la adopción de la planificación familiar, la buena higiene, el buen saneamiento, la buena nutrición y la búsqueda de visitas de atención prenatal y partos en centros de salud. Estos comportamientos han sido adoptados fácilmente por las mujeres participantes en los grupos de atención de Mathare (véanse los cuadros 1 a 3 del artículo de Paul Shetler Fast anterior) e incluso se han extendido a los miembros de la comunidad no participantes que ven el cambio que los grupos de atención han hecho en la vida de estas mujeres.

Los grupos de atención en Mathare son un éxito porque son una plataforma dirigida por mujeres y para las mujeres donde pueden aprender y compartir sus experiencias con otras mujeres de la comunidad. A través de los grupos de atención, las mujeres pueden aprender y apoyarse mutuamente y debatir preocupaciones que van más allá de la salud materno-infantil. Las mujeres han podido establecer planes de parto individuales para prepararse para acoger a sus bebés por nacer y hacer planes y encontrar apoyo para ayudar a aliviar el estrés durante los primeros días de recuperación del parto. Debatir sobre estos temas en los grupos de atención les permite a las participantes entender la dinámica familiar y encontrar soluciones a problemas que, de otra manera, podrían ser abrumadores o llevar a otros desafíos vitales para ellas y sus hijas e hijos.

“ Los grupos de atención en Mathare son un éxito porque son una plataforma dirigida por mujeres y para las mujeres donde pueden aprender y compartir sus experiencias con otras mujeres de la comunidad. A través de los grupos de atención, las mujeres pueden aprender y apoyarse mutuamente y debatir preocupaciones que van más allá de la salud materno-infantil”.



Aprende
más

Opiyo, Judith Siambe, and Paul Shetler Fast. "Adapting Care Groups to Urban Slums: A Case Study of a Church-Based Effort to Improve Maternal and Child Health Outcomes in Mathare, Nairobi, Kenya." *Christian Journal for Global Health* 6/2 (December 2019): 33-43. Disponible en: <https://doi.org/10.15566/cjgh.v6i2.317>.

Mathare tiene una migración constante que afecta la impartición de lecciones de cambio de comportamiento, la medición del impacto y la realización del monitoreo. Los disturbios políticos y las actividades disruptivas relacionadas con las elecciones son otro desafío importante. Las expectativas poco realistas establecidas por otras ONG es otro desafío con el que ha tenido que lidiar el proyecto. Muchos miembros de la comunidad se han vuelto dependientes de los donativos y creen que las ONG deben venir con beneficios monetarios directos en lugar de esperar cambios de comportamiento de su parte. El modelo de grupos de atención y el enfoque de CPN, en cambio, tienen un plan de sostenibilidad a largo plazo basado en la apropiación y empoderamiento de la comunidad, un énfasis que falta en la mayoría de los proyectos de otras ONG en Mathare. Motivar la asistencia a los grupos de atención también es un desafío ya que la mayoría de los miembros de la comunidad son personas trabajadoras ocasionales, lo que dificulta la programación de las reuniones, ya que las participantes potenciales no desean sacrificar el tiempo que podrían estar trabajando para participar en grupos de atención.

El hecho de ser un ministerio de una iglesia local ha sido un gran beneficio para el CPN en la comunidad al eliminar la percepción de que el proyecto cuenta con recursos ilimitados, solo está interesado en recopilar datos de la comunidad, está tratando de aprovechar la vulnerabilidad de los miembros de la comunidad o está utilizando a las participantes para solicitar fondos que nunca les llegan. Ser un ministerio de la iglesia también ha ayudado en lo que respecta a las expectativas de apoyo monetario que los miembros de la comunidad tienen de la mayoría de las ONG internacionales. Se percibe que las organizaciones asociadas de la iglesia no tienen mucho dinero y, por lo tanto, la comunidad es más comprensiva cuando se entera de que el proyecto no proporciona donativos.

Los miembros de la comunidad en Mathare también han estado al frente de la implementación del modelo de grupo de atención. La apropiación del proyecto por parte de la comunidad es esencial para reclutar personas participantes y voluntarias y sentar las bases para la sostenibilidad. El involucramiento de la comunidad se consigue mediante la participación de las partes interesadas de la comunidad y asegurándose de que el gobierno local y dirigentes del Ministerio de Salud conozcan y apoyen el proyecto y sus actividades. La coordinación con las partes interesadas de la comunidad y los órganos gubernamentales pertinentes, a su vez, aumenta la seguridad del equipo del proyecto. Involucrar a otras partes interesadas como el Ministerio de Salud también ha sido fundamental para integrar el proyecto con los servicios de salud existentes y obtener acceso a los datos del gobierno con fines de comparación, control de calidad y evaluación.

Las iniciativas impulsadas por la comunidad requieren una comprensión profunda y ponerse en el contexto de la comunidad para conocer sus desafíos y entender cómo trabajar mejor en esa comunidad. Los grupos de atención funcionan en Mathare porque van, con respeto, al encuentro de las madres y la comunidad allí donde se encuentran, brindando información práctica, apoyo entre pares, sentido de comunidad y una integración fluida con los servicios de salud existentes.

Joyfrida E Anindo es coordinadora de intercambios y asociada de programas del CCM de Kenia y Tanzania. Judith Siambe Opiyo es responsable de programas del Centro para la Paz y la Nación de la Iglesia Menonita de Kenia, Diócesis de Nairobi. Ambas viven en Nairobi.

Colaboración comunitaria para la salud materno-infantil en la Nigeria interconfesional


Los grupos de atención y otros modelos de cambio social y de comportamiento de la salud comunitaria dependen de la confianza social, el apoyo de la comunidad y la capacidad de planificar y reunirse regularmente durante largos períodos de tiempo. Estas condiciones que ayudan a garantizar el éxito de los grupos de atención se erosionan en contextos de conflicto, desplazamiento y tensión social. El CCM Nigeria ha estado caminando junto a la Faith Alive Foundation (FAF) en sus ministerios de salud precisamente en un contexto así en el estado de Plateau, Nigeria. El legado de los violentos conflictos étnico-religiosos en el estado de Plateau se remonta a 2001, cuando los grupos cristianos y musulmanes de la zona se enfrentaron entre sí. Como un destello de luz, las personas que coexistían como amigas y vecinas tomaron las armas unas contra otras y los sonidos de la guerra, las matanzas y las mutilaciones se hicieron comunes. Comunidades que anteriormente habían cohabitado y socializado en paz llegaron, con demasiada frecuencia, a verse unas a otras como enemigas.

Esta zona de Nigeria también enfrenta altas tasas de enfermedades infecciosas (particularmente el VIH) y pobreza, así como malos servicios de salud gubernamentales. En Nigeria, más de 3,6 millones de personas están infectadas por el VIH. Casi dos millones de niñas y niños han quedado huérfanos a causa de la epidemia del SIDA y el 70% de las personas nigerianas viven con menos de 1 dólar al día. Sin embargo, fueron estas duras realidades las que impulsaron a los médicos Christian y Mercy Isichei, en un acto de fe, a marcar la diferencia en las vidas de las personas que sufrían a su alrededor al fundar Faith Alive Clinic and Counseling Center en 1996 (ahora Faith Alive Foundation o FAF). Con el respaldo de su formación como profesionales médicos y su fe en Jesús, los Isichei comenzaron a abordar las necesidades físicas, emocionales y espirituales de las personas y familias afectadas por la epidemia del SIDA en Jos y sus alrededores. Sabían que no podían llevar a cabo este ministerio sin ayuda, así que oraron para que el Dios que les impulsó a iniciar Faith Alive enviara también a personas que caminaran a su lado en su experimento de esperanza.

FAF opera en un crisol de tensión étnico-religiosa entre cristianos y musulmanes. En más de dos décadas de existencia, la FAF ha capeado muchas tormentas de violencia y conflicto. Aunque FAF es reconocida como una organización de base cristiana, se ha ganado la confianza de ambas religiones por su servicio de atención a las personas pobres y en necesidad, independientemente de su afiliación religiosa o étnica. Incluso, hubo casos en los que jóvenes musulmanes se ofrecieron como voluntarios para brindar seguridad al personal e instalaciones de la FAF en momentos de violencia y amenazas.

Con base en sus décadas de experiencia con el trabajo de VIH/SIDA en la comunidad, la FAF comenzó a incorporar grupos de atención en su trabajo de salud materno-infantil apoyado por el CCM en 2020. El objetivo del proyecto era incluir a madres mentoras y participantes de todas las distintas religiones y etnias. Las madres mentoras son lideresas voluntarias capacitadas para apoyar y brindar educación entre pares a mujeres embarazadas. Debido a las sensibilidades étnico-religiosas, tener madres mentoras de ambos grupos religiosos es esencial para generar confianza y obtener acceso a comunidades cerradas para brindar educación sobre salud, apoyo entre pares y asistencia para formar grupos y hacer referencias.

Estas mujeres se han ganado la confianza de los líderes religiosos, que son influyentes a la hora de aceptar y apoyar. Las madres mentoras apoyan, animan y facilitan a las mujeres embarazadas el acceso a los servicios de atención prenatal, que ha sido un reto de toda la vida en la región, especialmente en la comunidad musulmana. En esta

 **Aunque Faith Alive es reconocida como una organización de base cristiana, se ha ganado la confianza de ambas religiones por su servicio de atención a las personas pobres y necesitadas, independientemente de su afiliación religiosa o étnica”.**



Dr. Chris Isichei, director y fundador de Faith Alive Foundation y médico de la clínica y hospital de Faith Alive, habla con la paciente Idris Zabita después de su cita en la clínica de Jos, Nigeria, en 2017. (Foto del CCM/Matthew Lester)

comunidad, a las mujeres embarazadas tradicionalmente se les ha impedido acceder a los servicios de atención médica, creyendo que completar el embarazo y el parto en el hogar no solo ahorra dinero sino que también evita que las mujeres expongan sus cuerpos a otras personas en entornos médicos. Esta renuencia a acceder a los servicios de salud puede ser peligrosa durante el embarazo y el parto, especialmente en los casos en que la madre es VIH positiva. Tanto en las comunidades musulmanas como en las cristianas, las madres mentoras ayudan a derribar barreras y renuencias y alientan a las mujeres a recibir la atención que necesitan.

Otra barrera cultural es la frecuente falta de apoyo del padre durante el embarazo. Este es un desafío particular entre los musulmanes hausa, ya que se espera que las mujeres permanezcan en *pardah*, separadas de los hombres. Esto dificulta la participación de los hombres en la atención prenatal y la planificación del parto. Las madres mentoras ayudan a superar este reto, con el conocimiento cultural vivido para enfrentar estos desafíos. También colaboran con líderes comunitarios o religiosos influyentes que son venerados y pueden ayudar a encontrar un camino hacia adelante cuando se encuentran barreras. Los líderes religiosos y comunitarios ahora reconocen el importante papel de las madres mentoras y trabajan en colaboración para promover la educación para la salud en los grupos de atención sobre la comunicación del cambio de comportamiento y fomentar la coexistencia mutua y la tolerancia religiosa entre sus adeptos.

La implementación de grupos de atención en este entorno ha venido acompañada de innumerables desafíos, que van desde el escepticismo sobre el voluntarismo

incorporado en el modelo de grupo de atención hasta el inicio del proyecto justo cuando la pandemia COVID-19 estaba llegando a Nigeria. Sin embargo, es la incorporación de la construcción de paz en un contexto de conflicto étnico-religioso lo que más distingue a este proyecto de los grupos de atención tradicionales, que fueron diseñados originalmente para entornos relativamente homogéneos y estables. El proyecto ha requerido capacitación y apoyo continuos tanto en temas básicos de salud materno-infantil como en el papel de la mujer como agente de cambio en la construcción de paz.

El énfasis estratégico del CCM Nigeria en incorporar enfoques de construcción de paz en cada proyecto ha demostrado ser esencial para operar con éxito en el contexto del estado de Plateau. El proyecto de los grupos de atención de la FAF demuestra el éxito de este modelo al encontrar la sinergia entre la salud y la paz, como una herramienta viable tanto para mejorar la salud de las madres y las niñas y niños vulnerables como para romper simultáneamente el ciclo de desconfianza, violencia y venganza. El principio operativo del CCM de responder al llamado de Dios de amar a Dios, a los demás y a nuestros enemigos es fundamental para el CCM Nigeria, ya que busca incorporar la paz en todo su trabajo en un contexto de conflicto, violencia y tensión étnico-religiosa.

Kitshiwe William es coordinador de planificación, monitoreo, evaluación e informes de proyectos para el CCM Nigeria y reside en Jos.

El llamado de la Iglesia a mejorar la salud materno-infantil en Kenia

Mi trabajo en salud comunitaria surgió de mi llamado de fe. Después de estudiar teología pastoral en Tanzania a mediados de la década de 1990, regresé a Kenia para enseñar y capacitar en la iglesia. Además de enseñar y capacitar en la Iglesia Menonita de Kenia, tuve la oportunidad de trabajar con el Consejo Nacional de Iglesias de Kenia en su proyecto de Paz y Rehabilitación como coordinador del proyecto. Durante este tiempo, el VIH/SIDA estaba haciendo estragos en las comunidades y en la congregación donde yo servía como pastor. No podía ignorar la muerte, el dolor y la desesperanza que el VIH/SIDA estaba causando. La gente estaba muriendo, las familias quedaban destrozadas por el estigma y la vergüenza y las niñas y niños quedaban huérfanos. Como cristianos, en la Iglesia Menonita de Kenia, teníamos que responder.

En 2002, cuando el CCM aceptó apoyar a la Iglesia Menonita de Kenia para iniciar un proyecto de VIH, me llamaron para que ayudara y no pude decir que no. Desde entonces he estado involucrado en el ministerio de la salud. Como pastor, y ahora como obispo, creo que estamos llamados a ministrar a toda la persona y a toda la comunidad, tanto al espíritu como al cuerpo.

La iglesia está bien situada para hacer trabajo de salud. Somos una muestra representativa completa de la comunidad: todos los niveles de estatus, capacidad económica, educación, capacidad y discapacidad, salud y mala salud. Podemos comprender los desafíos de la comunidad y responder a esos desafíos, porque todas las partes de la comunidad están representadas entre nosotros. La iglesia es un lugar en el que deberíamos poder reunirnos como hermanos y hermanas, miembros de un solo cuerpo, como lo describe el apóstol Pablo, para apoyarnos unos a otros en amor.

La iglesia tiene el mandato evangélico de apoyar a las personas para que vivan una vida abundante. No tenemos la opción de mirar hacia otro lado cuando la gente está sufriendo. Del ministerio de Jesús, se ve claramente que la iglesia tiene una responsabilidad más allá de lo espiritual. Jesús ministró simultáneamente las necesidades espirituales y físicas. No podemos separar estos dos ministerios. Como cuerpo de Cristo, no podemos ignorar las necesidades de salud física y mental de las

“ La salud no puede dejarse de lado en la búsqueda de la salvación. Solo cuando las personas tienen un cuerpo sano pueden escuchar plenamente e ir a la iglesia y participar en la promoción del Evangelio”.



En enero de 2019, Beryl Atieno, promotora de salud del Centro para la Paz y la Nación de la Iglesia Menonita de Kenia, dirige una capacitación de voluntarias de salud comunitaria sobre la prevención de la anemia y cómo las mujeres con VIH pueden tener bebés libres del virus. Las voluntarias llevarán esta información a grupos de 10 a 12 madres en su vecindario, ayudando a difundir información y buenas prácticas de salud en el asentamiento informal de Mathare en Nairobi, Kenia. (Foto del CCM/ Matthew Lester)

personas. Cuando las personas tenían hambre, Cristo no les dijo a los discípulos que ignoraran sus necesidades físicas y simplemente oraran por ellas. Como iglesia, debemos hacer lo mismo cuando vemos personas que necesitan sanidad y plenitud.

Mi comprensión de este llamado fue moldeada por la pandemia del VIH/SIDA. Un gran desafío del VIH/SIDA ha sido el estigma. Las personas no tenían espacios seguros para compartir sus desafíos, ser vulnerables a sus miedos y fallas o incluso compartir su estado de VIH. Necesitaban hermanos y hermanas que les aceptaran tal como estaban. La iglesia está llamada a ser uno de esos espacios.

Cuando adoptamos esta visión, había personas que venían de muy lejos para encontrar seguridad y reunirse con el fin de animarse unas a otras en la iglesia. Podían compartir abiertamente y aprender sobre el VIH porque la iglesia no les estaba juzgando ni rechazando. En nuestro mejor momento, nos convertimos en un refugio para las personas en sus días más oscuros. Si la iglesia no es un espacio seguro, no puede ser de utilidad para las personas que pasan por momentos difíciles.

Con frecuencia, esto es lo más difícil para la iglesia, cuando la mala salud o el sufrimiento son vistos por algunas personas como causados por la inmoralidad. Tales percepciones eran comunes con respecto al VIH y, a veces, vemos tales actitudes hacia las madres jóvenes o solteras. Algunas personas en la iglesia creían que la gente con VIH estaba

recibiendo justo lo que se merecía. Esta actitud de juicio continuó hasta que ayudamos a la iglesia a entender que los cristianos están llamados a ser buenos samaritanos, no mirando hacia abajo a la gente, sino arrodillándose a su lado, sin juicio, vendando sus heridas en tiempos difíciles.

La iglesia en Kenia se ha sentido cada vez más llamada a responder a la salud de las madres y niñas y niños pequeños. Las mujeres son la mayoría en la mayoría de nuestras iglesias. Esto solo significa que la iglesia debe tomar en serio las necesidades y preocupaciones de las mujeres. La iglesia puede comenzar a atender las necesidades de las madres, niñas y niños hoy dentro de sus propios muros. En nuestra comunidad, en su primer mes de vida, cada niño y niña es traído a la iglesia para su dedicación. Así comienza nuestra relación con las madres/padres y las niñas/niños, y podemos darles una acogida que quizá no reciban en los centros médicos o en la comunidad en general.

La iglesia puede ir más allá de los proyectos tradicionales de salud materno-infantil, que dejan poco espacio para los hombres. La iglesia es un lugar para reunir naturalmente a hombres y mujeres en este trabajo. Podemos proporcionar modelos a seguir y tutoría, apoyo social y atención médica sin prejuicios. Podemos ayudar a cambiar las normas sociales sobre los roles de los hombres y alentarlos a participar en la salud materno-infantil como parte de lo que significa ser un hombre cristiano. Nuestros ministerios de hombres y mujeres pueden ser plataformas para iniciar y sostener iniciativas como los grupos de atención. La iglesia no debe ser un lugar que sólo refuerce patrones culturales negativos, como la idea de que la masculinidad excluye el cuidar y ayudar en las tareas domésticas y en el cuidado de las niñas y niños. Aunque es difícil para una iglesia, a menudo dirigida por hombres cambiar estos patrones culturales, está llamada a asumir esta tarea.

La formación de los líderes de las iglesias, a menudo, no los ha equipado para este tipo de trabajo. Los pastores suelen ser formados únicamente en teología, estudios bíblicos y evangelización. Muchos pastores se han centrado demasiado en esas cuestiones espirituales y no en los demás aspectos de su llamado. No se les ha enseñado a practicar el ministerio integral.

Para cumplir con este llamado, la iglesia debe comenzar con la autorreflexión sobre su mandato como iglesia de Cristo, sus capacidades actuales y la mejor manera en que la iglesia puede mejorar para vivir su misión. Como organización asociada, el CCM debe escuchar a las iglesias mientras disciernen quiénes son y qué quieren hacer en sus comunidades. Luego, el CCM puede trabajar con las iglesias y líderes de la iglesia para ayudar a apoyarlos a medida que crecen más allá de un enfoque exclusivo en las preocupaciones espirituales.

Mi consejo a las iglesias que se encaminan hacia esta misión más amplia es que consideren el trabajo de salud materno-infantil como un primer paso natural, con grupos de atención como un modelo bien adaptado a los ministerios de salud. Al igual que nosotros como iglesia, Jesús tenía un lugar especial para las madres y las niñas y niños en su corazón. Este es tanto un llamado urgente a las necesidades actuales de la comunidad como una inversión que sienta las bases para la iglesia futura. La salud no puede dejarse de lado en la búsqueda de la salvación. Solo cuando las personas tienen un cuerpo sano pueden escuchar plenamente e ir a la iglesia y participar en la promoción del Evangelio.

Maurice Anyanga es responsable de programa del CCM en Kenia y Tanzania, así como obispo de la Iglesia Menonita de Kenia.



La iglesia no debe ser un lugar que sólo refuerce patrones culturales negativos, como la idea de que la masculinidad excluye el cuidar y ayudar con las tareas domésticas y en el cuidado de las niñas y niños”.



Katherine Nyawere y su esposo Geoffrey Abila con su hija de dos meses en noviembre de 2021 frente a la casa que comparten con la familia de la hermana de Katherine en Mbuya, Kampala, Uganda. Katherine participa en el proyecto de salud materno-infantil apoyado por el CCM con Reach Out Mbuya (ROM). (Foto del CCM/Paul Shetler Fast)

Intersections: teoría y práctica trimestral del CCM es publicada por el departamento de Planificación, Aprendizaje y Respuestas a Desastres del Comité Central Menonita.

Editor: Alain Epp Weaver. Las opiniones expresadas en esta revista reflejan las de sus autores y no necesariamente las del Comité Central Menonita

Escriba al correo electrónico intersections@mcc.org o llame al 1-888-622-6337 (in Canadá) o 1-888-563-4676 (en EE. UU.) si desea recibir notificaciones por correo electrónico cuando se publiquen nuevos números.

El CCM aprecia contribuciones a su trabajo. Para hacer una donación, visite donate.mcc.org o donate.mcccanada.ca.

Intersections: teoría y práctica trimestral del CCM puede accederse en línea en mcccanada.ca en Canadá o mcc.org en EE. UU.

ISSN 2376-0893 (impresa) ISSN 2376-0907 (en línea)



**Mennonite
Central
Committee**

Ayuda, desarrollo y paz en el nombre de Cristo