

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Mortalidad materna y morbilidad severa en Indonesia rural.

## Parte 2: Implementación de auditorías comunitarias

*Lucia D'Ambruoso, Yulia Izati, Evi Martha, Alice Kiger, Anna Coates*  
*En nombre del Proyecto de Colaboraciones de Salud Comunitaria del Distrito de Serang*

---

### Introducción

#### *Participación comunitaria en salud*

La participación comunitaria en salud (PCS) se refiere a la incorporación activa de las personas en el diseño, la implementación y la evaluación del cuidado a su salud. En 1978, la PCS se consagró como principio central y mecanismo facilitador para el acceso universal a la atención a la salud en la Declaración de Alma Ata, dónde se definió como:

... el proceso por el cual los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su propia salud y bienestar, así como los de su

comunidad; incluye también el proceso de incremento de su capacidad para contribuir al desarrollo de su comunidad.. Esto permite que se conviertan en agentes de sus propios procesos, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo... (OMS, 1978).

La Declaración fue adoptada por más de 150 Estados miembro y en las décadas siguientes se vio la aplicación generalizada de proyectos y programas basados en PCS (O'Rourke, 1998; Ahluwalia *et al.*, 2003; Osrin *et al.*, 2003; Manandhar *et al.*, 2004; Rosato *et al.*, 2006; Chigudu, 2007; Cornwall y Shankland, 2008; Skinner y Rathavy, 2009).

No existe una definición universal de PCS. La medida en que los procesos de decisión pueden ser legítimamente transferidos a las comunidades depende de la ideología política imperante respecto a las funciones de los Estados, así como de los ciudadanos en la prestación de los servicios públicos. La Declaración de Alma Ata, en sí, hace referencia simultánea a dos distintas interpretaciones de PCS, podría decirse que, incluso, contrarias. Éstas se refieren a que las personas asuman la "responsabilidad" de su salud personal y pública; así como el ser "agentes" en la creación de redes sociales para la participación política.

Tal como era de esperarse, después de Alma Ata se implementaron programas de participación, de acuerdo con una variedad de términos y conceptos relacionados. Una lista no exhaustiva incluye: participación de la comunidad (Cohen y Uphoff,

---

**Lucia D'Ambruoso.** PhD. Facultad de Ciencias de la Vida y Medicina, Universidad de Aberdeen, Aberdeen AB25 2ZD, UK; Umeå Centro de Investigación en Salud Global, Epidemiología y Salud Global, Departamento de Salud Pública y Medicina Clínica, Universidad de Umeå, Umeå, Suecia.

Correo-e: [lucia.dambruoso@epiph.umu.se](mailto:lucia.dambruoso@epiph.umu.se)

**Yulia Izati.** MSc. Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera, PUSKA (Centro de Bienestar Familiar), Fakultas Kesehatan Masyarakat (Facultad de Salud Pública), Universidad de Indonesia.

**Evi Martha.** PhD. Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera, PUSKA (Centro de Bienestar Familiar), Fakultas Kesehatan Masyarakat (Facultad de Salud Pública), Universidad de Indonesia.

**Alice Kiger.** PhD. Centro de Estudios Avanzados en Enfermería, Centro de Atención Primaria, Universidad de Aberdeen, UK.

**Anna Coates.** PhD. Naciones Unidas Mujeres; Oficina Regional de Latinoamérica y el Caribe, Ciudad de Panamá, Panamá.

1980; Rifkin, 1990; Mayoux y Chambers, 2005), desarrollo comunitario (Foster, 1982; Jackson *et al.*, 1989), participación de la comunidad (Oakley, 1989; Kahssay y Oakley, 1999), compromiso de la comunidad (NICE, 2008); empoderamiento de la comunidad (Craig y Mayo, 1995, Rifkin, 2003), movilización de la comunidad y acción comunitaria (Donahue y Mewea, 2006). Estos conceptos reflejan posiciones divergentes sobre qué es la participación y cómo debe ser alcanzada.

Para organizar enfoques tan dispares, Rifkin (1985) en relación a la PCS propone un *continuum* pasivo - activo. Esta tipología parte delineando la participación marginal, que se caracteriza por agendas impulsadas externamente y participantes obedientes; pasando por la participación sustancial, que implica una más significativa, dónde los participantes contribuyen con su tiempo y recursos; y, al otro extremo, la estructural, que se refiere a la participación activa, al control de procesos y al empoderamiento de los participantes (Figura 1). La tipología de Rifkin corresponde a la “escalera” clásica de participación ciudadana de Arnstein (1969) en la que los peldaños del progreso participante parten de la no participación (el más bajo) a, a través del formulismo, al control ciudadano (el más alto).

A pesar de que estas tipologías son útiles, no explican completamente cómo se produce la participación. Una revisión reciente de la teoría al respecto identificó la tendencia de una normativa, en cierto modo artificial, a la dicotomización de la PCS en enfoques de “buena” o “mala”. La revisión concluyó apoyando el documentar el contexto, la dinámica y los efectos de la participación, teniendo en cuenta “quién está participando, en qué y en beneficio de quién” (Cornwall, 2008:269). Cohen y Uphoff proporcionan un marco detallado de planeación a este respecto, teniendo en cuenta las prácticas participativas implementadas para el desarrollo rural. Su marco toma en cuenta: quién participa, cómo se participa, qué se produce, el tipo de participación y con qué finalidades. También consideran cómo se encuentran situadas las características del proyecto dentro de los entornos de trabajo (Cohen y Uphoff, 1980). La evaluación es igualmente compleja, la PCS no es sólo una intervención, sino una estrategia instrumental y sustantiva, una serie de

métodos y fines (Cohen y Uphoff, 1980; Rifkin, 1985; Cornwall, 2008). Como resultado, no se ajusta al formato convencional de insumo-proceso-resultado de evaluación de programas. Como reflejo de los debates teóricos se han hecho llamados para que las experiencias prácticas se compartan, examinando cómo se logra la participación en entornos específicos (Rosato *et al.*, 2008).

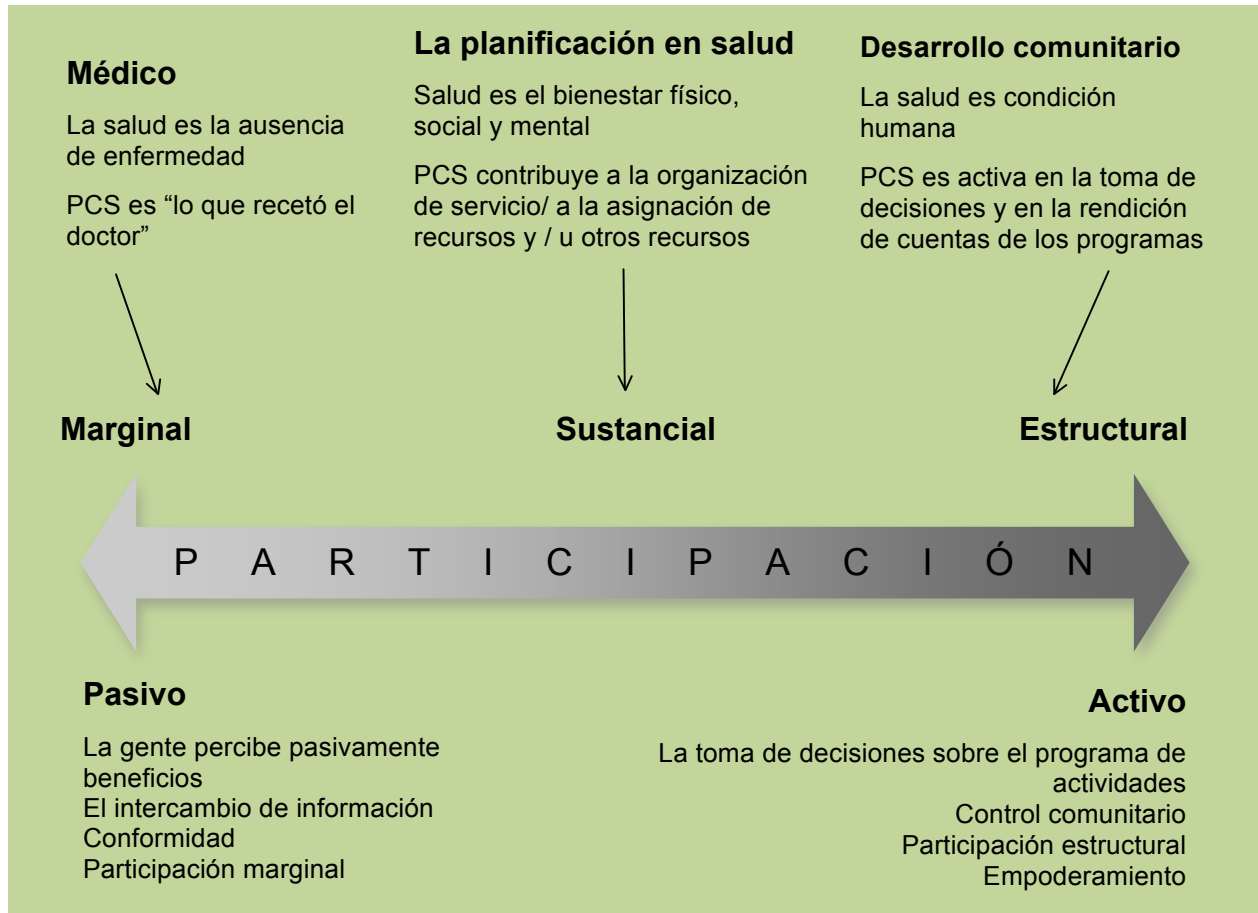
### **Objetivos**

En este artículo se responde a estos llamados, su objetivo es describir la implementación de un enfoque participativo, basado en una auditoría comunitaria, de la atención médica en las emergencias obstétricas en zonas rurales de Indonesia. La auditoría partió de demostrar la utilidad de la “perspectiva de la comunidad” como fuente válida de información para la planificación en salud. Los resultados y las implicaciones para la planificación de la salud se presentan en otro texto, en este mismo número (D’Ambruso *et al.*, 2012).

### **Contexto del estudio**

La auditoría se llevó a cabo como parte de un proyecto más amplio de examen a la atención en emergencias obstétricas en Indonesia (D’Ambruso, 2011). Fue precedida por dos estudios independientes: en el primero se realizó una evaluación de la calidad de la atención en los casos de mortalidad y morbilidad materna severa, desde la perspectiva de los proveedores de servicios; mostró los conocimientos que poseen los profesionales locales en cuanto a la calidad de la atención y las posibilidades de intervención (D’Ambruso *et al.*, 2009). El análisis indicó que la auditoría clínica convencional puede ser limitada en virtud de que las circunstancias y los acontecimientos que ocurren fuera de las instalaciones médicas suele recuperarse. En el segundo estudio se consideró el acceso a la atención médica, éste se realizó con los familiares de las mujeres que habían muerto durante el embarazo o parto para analizar el acceso a la atención, la prevención y la causa de la defunción. Las narraciones detalladas de los familiares proporcionaron información valiosa sobre la atención médica y las condiciones en que se otorga, así como de los paisajes sociales y

**Figura 1**  
**El continuum de participación de la comunidad en materia de salud**



**Fuente:** adaptado de Rifkin, 1985.

culturales que las enmarcaron, lo cual evidenció que los contextos explicativos de los usuarios de los servicios difieren sustancialmente de los de los proveedores (D’Ambruso *et al.*, 2010). Los estudios anteriores sugieren que el examen de procesos y las negociaciones que caracterizan la atención en las emergencias obstétricas, entre una amplia gama de perspectivas, tiene el potencial de proporcionar información útil sobre el cómo y el por qué de los resultados adversos. Como resultado, el presente estudio tuvo como objetivo realizar una auditoría participativa del acceso a la atención y su calidad en emergencias obstétricas, desde la perspectiva de aquéllos que utilizan y de los que proporcionan esta atención.

**Métodos**

La metodología se describe en detalle en el otro

artículo en este mismo número (D’Ambruso *et al.*, 2012). En resumen, se organizaron grupos de auditoría en cuatro aldeas: dos compuestos por mujeres en edad reproductiva (MER) y dos por parteras, asistentes de parto tradicionales (APT), trabajadores de salud comunitarios (TSC), líderes comunitarios y miembros de la familia. Los grupos se involucraron en una serie de reuniones semanales que examinaron los casos de complicaciones en el parto que causaron muerte o discapacidad severa. Las discusiones sobre la calidad de y acceso a la atención en las emergencias fueron realizadas como discusiones semi-estructuradas en grupos focales. Cada reunión fue grabada en audio, luego fueron transcritas y traducidas del bahasa indonesio y las lenguas indígenas de Java y Sudán al inglés, para su análisis.

Se empleó el análisis narrativo para describir el proceso de participación (Pope & Mays, 2006). Los datos se leyeron, releeron y ordenaron según el marco de planificación de Cohen y Uphoff (1980), considerándose quién participó, cómo se llevó a cabo tal participación, la influencia del contexto, a qué intereses se sirvieron en el proceso y qué tipo de participación resultó. Este último elemento se consideró en términos del *continuum* de participación de Rifkin (1985). El análisis se llevó a cabo durante y después de la finalización de las reuniones, a fin de que con los resultados preliminares se optimizara la recopilación posterior de datos. Se utilizó *NVivo software* (QSR International, 2007) para apoyar la gestión de datos, el análisis y la construcción de marcos de codificación.

## Resultados

### ¿Quiénes participaron?

Treinta y cinco participantes fueron reclutados en cuatro grupos de auditoría (véase Tabla 2, D'Ambruso *et al.*, 2012). La mayoría educados, empleados, casados, con hijos y que habían sido residentes en la comunidad por muchos años; cuatro estaban embarazadas. Seis participantes abandonaron (debido a compromisos familiares o de trabajo) y fueron reclutados reemplazos para la segunda reunión. La participación no difirió sustancialmente entre los grupos. Hacia dentro de los grupos, sin embargo, los adultos mayores, de más recursos y más educados se encontraron más relajados con el proceso, mientras que los otros lo calificaron como difícil y estresante.

Comadrona: *Me sentía tensa al principio.*

Esposo: *Yo tenía miedo de cometer errores.*

[Grupo C1, reunión de retroalimentación]

### ¿Cómo se dio la participación?

En todos los grupos, la culpa y la actitud defensiva caracterizaron las primeras discusiones, se condenaba con frecuencia a personas específicas involucradas en cada caso. Asimismo, los participantes a menudo se distanciaron de los contrapartes a quienes habían culpado.

APT: *... yo no soy como la partera que dijo que no había necesidad de llevar a la mujer al hospital. Yo siempre lo sugiero, es la mujer la que se niega.*  
[Grupo C1, reunido sobre el caso 1]

Mujer: *La APT fue "belegug" [tonta].\* Ella sabía que no podía manejarla [la hemorragia], pero llamó a una segunda y a una tercera APT, incluso a un APT masculino. Tendría que haber llamado a la partera.*  
[Grupo W2, reunido sobre el caso 3]

Crear un ambiente en el que los participantes no se sintieran amenazados requirió de una facilitación cuidadosa. Dedicamos tiempo al comienzo de cada reunión para establecer principios de inclusión, para no culpar, de confidencialidad, e hicimos esfuerzos para fomentar discusiones amistosas e informales que no fueran amenazantes. Esta aproximación probó ser benéfica; mientras las reuniones progresaban se fue viendo claro que se les había inculcado "el permiso de criticar", así como miedo, culpa y una actitud defensiva, pero conforme fue pasando el tiempo se dio paso a discusiones más abiertas y francas. Las evaluaciones se hicieron menos condenatorias hacia personas en particular y más críticas hacia los sistemas y los servicios, situando los comportamientos individuales dentro de contextos más amplios. Esto dio lugar a narrativas multinivel sobre la atención a la salud (D'Ambruso *et al.*, 2012). Durante los debates los participantes compartieron cada vez más experiencias personales, proporcionando información explícita sobre la atención a la salud en su distrito.

Secretario de la aldea: *A veces, miembros de la comunidad que no son elegibles para el seguro de salud para pobres, me obligan a extenderles certificados de seguro.. Si lo hacemos, rompemos las reglas, pero, si no lo hacemos, los miembros de la comunidad no-elegibles para ellos nos presionan y fuerzan a hacerlo.*

[Grupo C2, reunido el caso 1]

A pesar de estos cambios, algunos de los participantes (por lo general, los más pobres y jóvenes) expresaron su preocupación por las

\* Una forma severa de estupidez, una palabra fuerte en sudanés.

posibles consecuencias de criticar a las autoridades.

Mujer: *Las enfermeras no eran amables.*

Facilitador:: *¿En serio? ¿Quisieras compartir esa experiencia con nosotros?*

Mujer: *<No me pasará nada por hacerlo, ¿Verdad?>2 Hee... hee... <tengo miedo... >†*

Facilitador: *<Usted no debe tener miedo, nada le va a pasar. Nadie sabrá de esto, más nosotros aquí.>*

Mujer: *<Sólo las personas en esta sala lo sabrán. ¿Verdad?>*

Facilitador: *<Sí.>*

[Grupo W2, reunido sobre el caso 4]

Provocar discusiones en las que todos los participantes se sintieran lo suficientemente seguros para divulgar puntos de vista críticos, dependía de fomentar un debate abierto y franco, sin temor a las repercusiones por las opiniones vertidas. Aunque las reuniones semanales permitieron reforzar los principios de rendición de cuentas, inclusión y de no culpar, lograrlo tomó tiempo y esfuerzo, no se produjo de forma espontánea, fue necesario un periodo relativamente largo para que se asumieran estas garantías y establecer confianza.

Durante el transcurso del estudio se hicieron varias modificaciones al enfoque original, basadas en la dinámica observada y en las sugerencias de los participantes. Las guías de discusión fueron revisadas para incluir énfasis sobre las garantías y para estimular la participación. Con base en las sugerencias de los participantes se llevaron a cabo discusiones adicionales sobre temas específicos en cada caso. También modificamos el proceso para que uno de los participantes fuera el que grabara la evaluación durante el debate, tarea que se hizo de manera rotativa para cada reunión (Figura 2).

Al final de la serie de reuniones, se llevó a cabo una sesión final con cada grupo para determinar si los participantes consideraban verosímiles los resultados del análisis inicial y para que

† < > denotan cambios en el lenguaje de bahasa indonesio a sudanés (lengua indígena).

formularan recomendaciones, así como para recabar información sobre el proceso. Había evidencia de que como resultado de la auditoría, los participantes se sentían más preparados, informados y sensibles hacia las emergencias obstétricas en las aldeas. Los participantes también señalaron que habían disfrutado el proceso. El hecho de que los casos fueran reales hizo que hubiera un genuino involucramiento en los debates.

Secretario de la aldea: *Antes de estas discusiones, tal vez sólo la partera sabía lo que se debe hacer. El trabajador de salud comunitario voluntario sólo sabía [qué hacer] cuando estaba con la partera.. pero, después de esto, sabemos que tenemos que responder rápidamente cuando ocurra una emergencia.*

[Grupo C2, reunión de opinión]

Mujer: *Estos casos eran reales. Por lo menos ahora podemos saber, podemos abrir nuestra mente a que hay algunas cosas que podemos mejorar y otras que podemos hacer para prevenir tales casos.*

[Grupo W1, reunión de opinión]

### ***¿Qué tipo de participación?***

Durante el curso del estudio, se produjo un cambio en el tipo de participación: al principio, nos habíamos enfocado en lograr un grado moderado de participación con los recursos aportados por la comunidad (información). De acuerdo al *continuum* de Rifkin (1985), esto podría ser descrito como participación marginal/sustancial. Sin embargo, a medida que la serie de discusiones avanzaba, los participantes hicieron aportes cada vez más significativos, estuvieron involucrados en la toma de decisiones, en la ejecución de la supervisión, en la administración y en la coordinación de las actividades del proyecto, también hicieron contribuciones sustanciales a su articulación de las necesidades locales y sobre cómo podrían abordarse éstas. Los participantes también tuvieron control sobre los resultados del estudio y la evaluación del proceso en un debate final; en este sentido, la participación se transformó a ser una sustancial/estructural.

No obstante, el estudio fue diseñado para demostrar la utilidad de la perspectiva comunitaria para la planificación en salud y aunque los materiales que contienen los detalles de métodos y conclusiones se prepararon y distribuyeron (KKM 2008, 2010), la ejecución y la evaluación de las recomendaciones generadas no fueron planeadas, ni predecibles. Como consecuencia, los resultados del estudio pueden tener un impacto limitado y una sostenibilidad acotada de los comportamientos y los resultados, lo cual puede observarse en la manera en que los resultados del aprendizaje se conformaron. Aunque los participantes pudieron articular: “lecciones aprendidas”, esto no necesariamente se tradujo en cambios en su propio comportamiento. El siguiente diálogo fue con una participante que estaba embarazada:

Mujer (embarazada): *Las mujeres embarazadas deben hacerse una prueba de sangre porque sabiendo su tipo de sangre podrían conseguir un donador. Si no hay su tipo de sangre en el hospital, entonces será posible encontrar un donador en la aldea que coincida con su tipo de sangre.*

Facilitador: *¿Ya sabe su tipo de sangre?*

Mujer (embarazada): *No, todavía no.*  
[Grupo W2, reunido el caso 5]

Pero, aunque la sostenibilidad de los cambios haya sido limitada, el proceso alentó a las mujeres y a los miembros de la comunidad a reflexionar críticamente sobre los sistemas y los servicios de salud de su localidad. Varios participantes informaron que, como consecuencia, sentían más confianza para expresar sus puntos de vista sobre esta problemática.

Mujer: *Me siento feliz de que mis opiniones desde el nivel de la aldea vayan a ser escuchadas por el gobierno ... ¡Siento gusto!*  
[Grupo W1, reunión de opinión]

## Contexto

Temores a las consecuencias de criticar los sistemas de autoridad pueden haber surgido a

partir de la fuerte tradición de jerarquía social y la obediencia civil que existen en las zonas rurales de Indonesia (Johnston, 1982; Hunter, 1996; Bebbington *et al.*, 2006). Los funcionarios, se dice, desconfían de los aldeanos y no tienen voluntad de conferirles responsabilidades a las comunidades (Johnston, 1982). Las consecuencias incluyen que

... las personas mantienen serias dudas de su capacidad para expresar opiniones útiles o asumir la responsabilidad de las actividades del grupo... (Johnston, 1982:205).

Esto fue observado directamente en varios debates.

Mujer 1: *Se han realizado tres reuniones, pero todavía me siento tensa.*

Mujer 2: *A lo mejor es porque somos gente del pueblo.*  
[Grupo W2, reunidos sobre el caso 3]

APT: *Tal vez así es como la gente tonta se siente... cuándo está delante de gente inteligente.*

Facilitador 1: *Realmente. somos iguales.*

Facilitador 2: *Somos nosotros los que aprendemos de ustedes, damas y caballeros.*  
[Grupo C1, reunión de opinión]

## ¿En interés de quién?

La dimensión final del marco de Cohen y Uphoff considera

... si los objetivos que las autoridades tienen en mente para hacer que la gente participe son los mismos o, al menos, compatibles con los [de] la propia gente... (1980:227).

Los participantes querían ayudar a generar información que pudiera aumentar las posibilidades de salvar las vidas de las mujeres necesitadas de atención obstétrica en las aldeas, cuando ésta se requiriera.

Secretario de la población: *Debemos comunicar los usos del [seguro médico social] a la comunidad. Todos los que estamos aquí sabemos los usos del mismo ¿No? A partir de esta reunión sabemos que puede ser muy útil. Antes los trabajadores de la salud comunitaria, APT, no sabían sobre el*

uso del mismo. Así que no informaban a la comunidad, espero que, con esto, podamos dar a la comunidad esta información.

[Grupo C2, reunión de opinión]

Mujer.: *Ahora, sí creo que las mujeres embarazadas de aquí son pobres, les digo que obtengan su documento de identidad y la tarjeta de familia... y sí cumplen... Algunas de ellas están empezando a ahorrar para el parto, cinco mil rupias mensuales [rupias, ~ 0.5 USD].*

[Grupo W2, reunión de opinión]

Los participantes también informaron que habían compartido la información de la evaluación de los casos con la comunidad circundante, entre la cual el estudio generó interés.

Mujer: *Ayer hubo un evento en el que los trabajadores comunitarios de salud y las mujeres embarazadas se reunieron en los centros de salud de las aldeas. Pude compartirlas los resultados de nuestra discusión. También había estudiantes de la Academia de Parteras de [nombre de la ciudad]. Pude contribuir expresando algunas opiniones de este debate.*

[Grupo W1, reunión de opinión]

## Figura 2

### Los participantes registran la evaluación de caso en una reunión de auditoría



**Nota:** Se obtuvieron los permisos necesarios para la reproducción de esta fotografía; toda la información de identificación ha sido eliminada.

Queríamos demostrarles la capacidad de las comunidades para generar información útil para la planificación en salud. Los intereses y los objetivos de los investigadores y los participantes, aunque diferentes, eran claramente compatibles. Es probable que uno de los objetivos primordiales comunes -mejorar la situación de las mujeres de las aldeas rurales en emergencias obstétricas- haya ayudado a desarrollar una plataforma conjunta para el estudio.

## Discusión

La investigación trató de involucrar a personas que normalmente tienen participación en las emergencias obstétricas en las aldeas, en un análisis crítico de la atención a la salud para el desarrollo de recomendaciones de reformas en función de sus necesidades, experiencias y perspectivas. Los participantes hicieron aportes sustanciales y significativos al proceso, desarrollando descripciones y explicaciones multinivel de la atención en emergencias obstétricas. La profundidad y la coherencia de la información suministrada por los participantes puso de manifiesto el potencial de la perspectiva de la comunidad para mejorar los servicios esenciales de salud (D'Ambruoso *et al.*, 2012).

La obtención de estos datos dependió de un enfoque robusto. A través de un proceso reflexivo sensible, los participantes tomaron en cuenta de forma progresiva los contextos en los que los comportamientos individuales fueron construidos, y compartieron sus puntos de vista y sus experiencias personales. Aunque esto puede ser atribuible a la creación de un entorno en el que la gente se sintió lo suficientemente segura para revelar dicha información, es poco probable que la dinámica del ejercicio de poder y las jerarquías fueran totalmente eliminadas. Esto se evidenció en las preocupaciones expresadas por los participantes más pobres y jóvenes sobre las consecuencias de dar a conocer sus puntos de vista y las dudas de la gente sobre la validez de sus opiniones críticas, en general. Es probable que la presencia de investigadores internacionales también haya influido en la dinámica del grupo.

Estos hallazgos sugieren que el tiempo dedicado a la creación de un entorno en el que los puntos de

vista, opiniones y experiencias de todos los participantes se pueden compartir sin temor a consecuencias, es fundamental para fomentar la participación, sobre todo en sociedades con rígidos sistemas jerárquicos. Además, las personas más pobres, que viven en lugares más rurales y/o las más desfavorecidas, pueden ser menos propensas a ser reclutadas para trabajos de investigación, pero pueden hacer contribuciones importantes sobre la exclusión en el acceso a servicios públicos de calidad, centrales para lo que este tipo de investigaciones pretenden alcanzar. Por tanto, para la PCS deben hacerse esfuerzos específicos para involucrar a las personas más vulnerables o marginadas, así como para poner en marcha mecanismos para promover la participación democrática. La presencia de investigadores versados en las lenguas vernáculas es también esencial.

Una completa evaluación del contexto debe ser clave en las actividades de PCS. En este estudio, el personal de salud de la comunidad, la infraestructura de salud de las aldeas, los delegados de gobierno del distrito y las tradiciones históricas de participación de la comunidad parecen haber proporcionado un entorno favorable para la PCS. A pesar de esto, se observaron el control de la participación local por el Estado, las organizaciones internacionales (Hunter, 1996), una sociedad civil debilitada (Shiffman, 2002), las tensiones, conflictos, confusión y la falta de confianza en el ámbito local (Johnston, 1982; Ahmad y Mansoor, 2002; Bebbington *et al.*, 2004). Estas características contextuales tienen el potencial de amenazar el éxito de la PCS. Puede ser meritorio invertir en PCS, pero las implicaciones políticas del enfoque no deben ser pasadas por alto (Chambers, 1998).

El proceso parece haber sido aceptable y disfrutable, se generó información única respecto a la atención basada en la comunidad y en el involucramiento de personas locales para contribuir al bien común. Se detectaron impactos importantes en términos de resultados de aprendizaje, pero la naturaleza de corto plazo del estudio hace que sea probable que la sostenibilidad de tales impactos haya sido limitada. Para asegurar el potencial de este enfoque, se recomienda que el método participativo se aplique como rutina en los

programas distritales de planificación en salud (es decir, fuera del contexto de investigación). Esto debe ser parte de un proceso sostenido y autónomo; pasando de procesos con soporte en la comunidad, a procesos dirigidos por la misma comunidad, con facilitadores capacitados y grupos convencidos de sus beneficios, con remuneración y con vínculos con las autoridades locales para llevar a cabo las actividades y servir de enlace con el gobierno. Teniendo en cuenta que la asociación con las autoridades de salud puede ser no neutral y sí limitar el intercambio abierto y franco de información, es probable que las actividades que están vinculadas con, pero que son autónomas de las autoridades de salud, sean las adecuadas. En este sentido, los trabajadores de salud comunitarios están bien situados para mediar la relación entre las comunidades y las autoridades en salud.

Documentar el proceso utilizando los marcos teóricos de la PCS nos permitió demostrar que la participación fue compleja, dinámica y cambiante a lo largo del estudio. Como se ha indicado anteriormente, la evaluación de la PCS no conduce en sí misma a una evaluación de corte convencional. Por tanto, debe reflejar la naturaleza de la PCS, simultáneamente como medio, fin y un proceso dinámico condicionado por el contexto. La articulación explícita de objetivos y procesos relevantes, de acuerdo a marcos de organización, tales como los proporcionados por Arnstein (1969), Rifkin (1985), Cohen y Uphoff (1980) puede favorecer una aplicación de evaluación más consistente.

La contribución de los pobres rurales a la organización de los servicios es un proceso en el que muchos intereses están en juego; estos intereses son diversos: contradictorios, congruentes y equilibrados, abiertos o implícitos, por lo que dichos intereses deben figurar en la planificación, el análisis y el debate.

Por último, la PCS emplea métodos cualitativos que permiten explicaciones contextualizadas y descripciones de los procesos y mecanismos coadyuvantes. Estos modos de indagación son poco favorecidos en el medio académico de la salud pública. Una reciente revisión sistemática de las intervenciones comunitarias para la salud materna refleja esta situación (Kidney *et al.*,



**Table**  
**Recomendaciones metodológicas para la investigación en participación comunitaria**

<b>Elemento de la participación</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>¿QUIÉN?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere bastante tiempo para fomentar la confianza y la participación, sobre todo entre los participantes más jóvenes y los menos educados.</li> <li>• Los investigadores pueden ser considerados como representantes de las autoridades, lo que puede poner en peligro la confianza y la simpatía en ellos.</li> <li>• Las personas que son pobres y viven en lugares más remotos puede ser “menos visibles” y, sin embargo, tener ideas dignas de inclusión.</li> <li>• Es esencial la presencia de investigadores de la región y/o versados en las lenguas vernáculas pertinentes.</li> <li>• Los TSC pueden proporcionar puntos de entrada a las comunidades, a condición de la asociación con las autoridades de salud sea neutral</li> </ul>
<b>¿CÓMO?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para obtener diálogos críticos significativos es necesario inculcar el permiso para criticar sin miedo a represalias.</li> <li>• Garantizar un enfoque auto-reflexivo y sensible basado en la información aportada por los participantes.</li> <li>• Se deben proporcionar credenciales, remuneración, almuerzo, reunión social</li> <li>• Buscar estímulos efectivos para el debate.</li> <li>• Establecer un formato regular para aumentar la familiaridad con un proceso/situación, de otra manera atípico.</li> </ul>
<b>¿QUÉ TIPO?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepararse para que la naturaleza y el contenido de las discusiones cambie durante el proceso.</li> </ul>
<b>CONTEXTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar un proceso autogestivo con un ciclo continuo de aplicación, evaluación y revisión</li> <li>• Los grupos en la PCS deben vincularse a las autoridades locales de salud, pero manteniéndose autónomos.</li> <li>• Un cambio en las relaciones tradicionales entre comunidades y autoridades puede ser necesario para una PCS más activa. Énfasis sobre la transparencia y la rendición de cuentas en la investigación comunitaria debe favorecer la confianza y relaciones más productivas.</li> <li>• También son necesarios el desarrollo de capacidades para construir y la inversión en las organizaciones comunitarias.</li> <li>• Formas alternativas de evaluar la “calidad de la evidencia” deben ser adoptadas en los ámbitos académicos y políticos.</li> </ul>
<b>PROPÓSITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben desarrollarse procesos y fines asociados que reflejen situaciones y necesidades locales.</li> <li>• La PCS se debe aplicar en los programas habituales de planificación distrital de salud, como parte de un proceso sostenido y autónomo, pasando de procesos basados en la comunidad a aquellos dirigidos por la misma, con facilitadores capacitados y grupos de la comunidad acreditados, remunerados y con autoridad para llevar a cabo actividades y servir de enlace con los distintos niveles de gobierno.</li> <li>• Los objetivos de los diferentes actores (comunidades, autoridades sanitarias y los investigadores) deben conciliarse para armonizar esfuerzos</li> </ul>

las intervenciones comunitarias para la salud materna refleja esta situación (Kidney *et al.*, 2009). Pese a la conclusión de que las intervenciones de la comunidad pueden reducir la mortalidad y la justificar la inversión implicada, la escasez de estudios denominados de “alta calidad” (es decir, con un diseño experimental aleatorio) fue argumentada como razón para excluirlos, por lo que sólo se seleccionaron dos estudios del sur de Asia para su consideración (Kidney *et al.*, 2009). Sin cambios en estas jerarquías de “calidad de la evidencia”, la investigación sobre la PCS puede seguir siendo considerada como de baja calidad, limitándose así su divulgación y aplicación. En la Tabla se presentan recomendaciones metodológicas para la investigación comunitaria participativa.

### **Conclusión**

En nuestro estudio, la participación fue compleja y dinámica, condicionada por el contexto y sujeta a cambios. Con facilitación cuidadosa se produjo un nivel razonable de participación en un período relativamente corto, dando cuenta de las características de la atención en salud en la localidad. Examinar el proceso a través de marcos teóricos ayudó a documentar los eventos clave, las dinámicas y las circunstancias requeridos para una adopción más sostenida, activa y generalizada del enfoque de la PCS. Programas participativos se implementan de acuerdo con una variedad de modelos que van desde los que enfatizan la responsabilidad individual, hasta los que implican la organización social para fomentar el compromiso político (agencia). Dada la importancia de este contexto político, la acción política puede ser vista como una forma de promover la responsabilidad individual (y no al revés), por lo que la responsabilidad y la agencia han de convertirse en las condiciones necesarias y suficientes para una participación comunitaria exitosa.

El éxito de la participación significa que las voces de los marginados sean escuchadas, que su experiencia sea considerada como la opinión de los expertos (es decir, como evidencia) y, en última instancia, la búsqueda de democracia y derechos como parte de un proceso socialmente legitimado. Concluimos que la PCS en Indonesia

debe ser incorporada dentro de la devolución permanente de los servicios de salud a la gente y el desarrollo de la capacidad para la organización de la comunidad, con el fin de facilitar la toma de decisiones democráticas y la participación ciudadana en salud. A pesar de su potencial y relevancia, la adopción de la PCS puede verse amenazada por el contexto socio-económico más amplio y las condiciones políticas, así como por las jerarquías prevalecientes. Cambios sustanciales pueden ser necesarios para legitimar y alinear formas alternativas de conocimiento con la sabiduría convencional. Recomendamos políticas e investigación para establecer un fundamento firme para este progresivo, sin embargo oscuro, concepto público de salud.

### **Contribuciones de los autores**

LD concibió el diseño del estudio, ha contribuido a la recopilación de datos, dirigió el análisis y redactó el manuscrito. EM y YI idearon el diseño del estudio, llevado a cabo la recopilación de datos, contribuyeron al análisis y a las diferentes versiones del manuscrito. AK supervisó el análisis y contribuyó al manuscrito. AC concibió el estudio y contribuyó al manuscrito.

El manuscrito ha sido preparado en nombre de la Asociación del Distrito Serang de Salud Comunitaria para la Salud Materna. Los participantes hicieron importantes contribuciones intelectuales directas: concepción del diseño del estudio (durante su implementación), dirigieron la recopilación de datos y contribuyeron al análisis. Dadas las condiciones del consentimiento informado y el anonimato, los participantes no contribuyeron directamente a la preparación del manuscrito, a pesar de que sus contribuciones y evaluaciones son el tema del mismo.

### **Agradecimientos**

Este trabajo fue financiado en el marco de la Iniciativa para la Evaluación del Programa de Mortalidad Materna (IMMPACT) por la Fundación Bill & Melinda Gates, el Departamento para el Desarrollo Internacional, la Comisión Europea y la USAID. El manuscrito fue completado en el centro Umeå de Investigación en Salud Global, con el apoyo del FAS y el Consejo

Sueco para la Investigación de la Vida Laboral y Social (concesión no. 2006-1512). Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores. A Dr. Endang Achadi y su equipo en *Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera*, Puska (Centro para el Bienestar Familiar), *Fakultas Kesehatan Masyarakat* (Facultad de Salud Pública), Universitas Indonesia incluyendo: Trisari Anggondowati, Indah Ayu Permata Sary, Dendi Hendarsyah y Setiawati Reni. Al Dr. Sri Nurhayati, Jefe de la Unidad de Salud de la Madre y el Niño, a la Oficina de Salud del Distrito Serang y al personal del centro de salud en Kramat Watu y Ciruas, Serang, por su valioso apoyo y por la facilitación del contacto con sus participantes. Finalmente, reconocemos a los participantes del estudio que contribuyeron con su tiempo, información e importantes contribuciones al análisis.

### Abreviaturas y acrónimos

APT	asistente de parto tradicional
PCS	participación comunitaria en salud
TSC	trabajador de salud comunitario

### Referencias

Ahluwalia, I.B., Schmid, T., Kouletio, M. & Kanenda, O. (2003). An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in north-western Tanzania. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 82(2):231-40.

Ahmad, E. & Mansoor, A. (2002). *Indonesia: Managing decentralization*. IMF Working Paper No. 02/136. Washington: International Monetary Fund. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2002/wp02136.pdf>

Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4):216-24.

Bebbington, A., Dharmawan, L., Fahmi, E. & Guggenheim, S. (2004). Village politics, culture and community-driven development: Insights from Indonesia. *Progress in Development Studies*, 4(3): 187-205.

Bebbington, A., Dharmawan, L., Fahmi, E. & Guggenheim, S. (2006). Local capacity, village governance, and the political economy of rural development in Indonesia. *World Development*, 34(11):1958-76.

Chambers, R. (1998). Beyond “whose reality counts?” New methods we now need? *Studies in Cultures, Organizations, and Societies*, 4(2):279-301.

Chigudu, H. (2007). Deepening our understanding of community-based participatory research: lessons from work around reproductive rights in Zimbabwe. *Gender and Development*, 15: 259-270.

Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1980). Participation’s place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3):213-35.

Cornwall, A. (2008). Unpacking ‘participation’: models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3):269-83.

Cornwall, A. & Shankland, A. (2008). Engaging citizens: Lessons from building Brazil’s national health system. *Social Science & Medicine*, 66(10):2173-84.

Craig, G. & Mayo, M. (1995). *Community empowerment: a reader in participation and development*. London: Zed Books Ltd.

D’Ambruoso, L., Achadi, E., Adisasmita, A., Izati, Y., Makowiecka, K. & Hussein, J. (2009). Assessing quality of care provided by Indonesian village midwives with a confidential enquiry. *Midwifery*, 25(5): 528-39.

D’Ambruoso, L., Byass, P., Qomariyah, S.N. (2010). “Maybe it was her fate and maybe she ran out of blood”: Final caregivers’ perspectives on access to care in obstetric emergencies rural Indonesia. *Journal of Biosocial Science*, 42: 213-241.

D’Ambruoso, L. (2011). Care in obstetric emergencies: Studies of quality of care, access to care and participation in health in rural Indonesia. PhD Thesis. Aberdeen: University of Aberdeen.

D’Ambruoso, L., Martha, E., Izati, Y., Kiger, A. & Coates, A. (2012). Mortalidad materna y morbilidad severa en Indonesia rural: Parte 1: La perspectiva de la comunidad. *Medicina Social*, 7(2): 66-85.

Donahue, J. & Mwewa, L. (2006). *Community action and the test of time: Learning from community experiences and perceptions. Case studies of mobilization and capacity building to benefit vulnerable children in Malawi and Zambia*. Washington: USAID. Available at: <http://www.crin.org/docs/testoftime.pdf>

Family Care International (FCI). (2005). *Behaviour change and community mobilization for skilled care*. Washington: Family Care International. Available at: [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/sci\\_techbrief\\_behav.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/sci_techbrief_behav.pdf)

Foster, G.M. (1982). Community development and primary health care: their conceptual similarities. *Medical Anthropology*, 6(3):183-95.

- Hunter, C. (1996). The national health system and discourses of power in Indonesia. *Asian Studies Review*, 20(1):20-34.
- Jackson, T., Mitchell, S. & Wright, M. (1989). The community development continuum. *Community Health Studies*, 13(1):66-73.
- Johnston, M. (1982). The labyrinth of community participation: experience in Indonesia. *Community Development Journal*, 17(3):202-7.
- Kahssay, H.M. & Oakley, P. (1999). *Community involvement in health development: A review of the concept and practice*. Geneva: World Health Organization. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/pha/WHO\\_PHA\\_5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/pha/WHO_PHA_5.pdf)
- Kemitraan Kesehatan Masyarakat (KKM) (Community Health Partnerships Project). (2008). *Power in partnerships: official record of the Community Health Partnerships Project* conducted by Impact, University of Indonesia. Jakarta: Impact Indonesia. al Indonesia.
- Kemitraan Kesehatan Masyarakat (KKM) (Community Health Partnerships Project). (2010). *Realities and priorities: a community-based audit of maternal mortality and severe morbidity in rural Indonesia*. Policy Brief. Jakarta: Impact Indonesia.
- Kidney, E., Winter, H.R., Khan, K.S., Gulmezoglu, M., Meads, C.A., Deeks, J.J., *et al.* (2009). Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 9: 2.
- Manandhar, D.S., Osrin, D., Shrestha, B.P., Mesko, N., Morrison, J., Tumbahangphe, K.M., *et al.* (2004). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364(9438):970-979.
- Mayoux, L. & Chambers, R. (2005). Reversing the paradigm: quantification, participatory methods and pro-poor impact assessment. *Journal of International Development*, 17(2):271-98.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2008). *Community engagement to improve health*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available at: <http://www.nice.org.uk/ph009>
- O'Rourke, K.H. (1998). Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3(1):9-14.
- Oakley, P. (1989). *Community involvement in health development: An examination of the critical issues*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=WHOLIS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=9241561262&indexSearch=ID>
- Osrin, D., Mesko, N., Shrestha, B.P., Shrestha, D., Tamang, S., Thapa, S., *et al.* (2003). Implementing a community-based participatory intervention to improve essential newborn care in rural Nepal. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene*, 97(1):18-21.
- Pope, C. & Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- QSR International (2007). *NVIVO* [Software package]. Doncaster Victoria: QSR International Pty Ltd.
- Rifkin, S.B. (1985). *Health planning and community participation: case studies in South-East Asia*. Guildford, England: Croom Helm.
- Rifkin, S.B. (1990). *Community participation in maternal and child health/family planning programmes*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/1990/9241561351.pdf>
- Rifkin, S.B. (2003). A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(3),168-80.
- Rosato, M., Mwansambo, C.W., Kazembe, P.N., Phiri, T., Soko, Q.S., Lewycka, S., *et al.* (2006). Women's groups' perceptions of maternal health issues in rural Malawi. *Lancet*, 368(9542):1180-8.
- Rosato, M., Laverack, G., Grabman, L.H., Tripathy, P., Nair, N., Mwansambo, C., *et al.* (2008). Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet*, 372(9642):962-71.
- Shiffman, J. (2002). The construction of community participation: Village family planning groups and the Indonesian state. *Social Science & Medicine*, 54(8): 1199-214.
- Skinner, J. & Rathavy, T. (2009). Design and evaluation of a community participatory, birth preparedness project in Cambodia. *Midwifery*, 25(6):738-43.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: World Health Organization. Available at: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

**Recibido:** 27 de enero de 2012.

**Aprobado:** 15 de abril de 2012.

**Conflicto de intereses:** ninguno