

Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés
WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision
© Organización Mundial de la Salud, 2022
ISBN 978-92-4-005219-2 (versión electrónica)

Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar

ISBN: 978-92-75-32627-5 (PDF)
ISBN: 978-92-75-12627-1 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326275>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, dirijase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

CONTENIDO

| | |
|---|-------------|
| Prefacio | vi |
| Prólogo | vii |
| Agradecimientos | viii |
| Siglas y Abreviaturas | x |
| Panorama general del documento y herramientas de navegación | xi |
| Resumen ejecutivo | xii |
| 1. Introducción | 1 |
| 1.1 Antecedentes | 2 |
| 1.2 Objetivos | 7 |
| 1.3 El enfoque de las directrices evolutivas | 7 |
| 1.4 Definición de autocuidado e intervenciones de autocuidado | 8 |
| 1.5 Alcance | 9 |
| 1.6 Público destinatario | 11 |
| 1.7 Valores y preferencias | 11 |
| 1.8 Proceso de elaboración y compilación de las directrices | 12 |
| 2. Estrategias esenciales para crear y mantener un entorno propicio para el autocuidado | 14 |
| 2.1 Antecedentes | 16 |
| 2.2 Enfoque para la salud y el bienestar centrado en las personas | 17 |
| 2.3 Principios clave | 17 |
| 2.4 Entorno propicio, seguro y favorable | 19 |
| 2.5 Características de un entorno propicio | 22 |
| 2.6 Lugares para acceder a las intervenciones de autocuidado | 24 |
| 2.7 Rendición de cuentas | 24 |
| 3. Recomendaciones y consideraciones clave | 28 |
| 3.1 Mejora de la atención prenatal, durante el parto y posnatal | 30 |
| 3.2 Prestación de servicios de alta calidad para planificación familiar, incluidos los servicios en materia de infertilidad | 40 |
| 3.3 Eliminación de los abortos peligrosos | 46 |
| 3.4 Lucha contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el vih, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas | 47 |
| 3.5 Promoción de la salud sexual | 50 |
| 3.6 Enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares y la diabetes | 55 |
| 4. Ejecución y consideraciones programáticas para las intervenciones de autocuidado | 64 |
| 4.1 Antecedentes | 66 |
| 4.2 Consideraciones sobre los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad | 67 |
| 4.3 Consideraciones económicas y financieras | 69 |
| 4.4 Necesidades de formación de los profesionales de la salud | 72 |
| 4.5 Consideraciones sobre la ejecución en grupos de población específicos | 78 |
| 4.6 Intervenciones de salud digital | 84 |
| 4.7 Consideraciones medioambientales | 86 |

5. Cómo formular un programa de investigación para las intervenciones de autocuidado 96

| | |
|--|-----|
| 5.1 Investigación sobre el autocuidado y las intervenciones de autocuidado para contribuir a las metas de los tres mil millones de la organización mundial de la salud | 98 |
| 5.2 Hacia un enfoque apropiado de la investigación sobre las intervenciones de autocuidado | 98 |
| 5.3 Aspectos particulares de la investigación para enriquecer la base de evidencia | 99 |
| 5.4 Importancia de los derechos humanos y la equidad en las intervenciones de autocuidado | 100 |
| 5.5 Cómo lograr la participación efectiva de las comunidades en la investigación | 102 |
| 5.6 Traducción del conocimiento para las intervenciones de autocuidado | 102 |

6. Difusión, aplicabilidad y actualización de las directrices y las recomendaciones 112

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 6.1 Difusión | 114 |
| 6.2 Aplicabilidad | 115 |
| 6.3 Actualización de las directrices | 116 |

Anexos 118

| | |
|---|-----|
| Anexo 1. Expertos externos y personal de la OMS que participó en la preparación de estas directrices | 118 |
| Anexo 2. Metodología: proceso de elaboración de las directrices | 126 |
| Anexo 3. Revisión exploratoria: definiciones de autocuidado según la OMS | 133 |
| Anexo 4. Glosario | 135 |
| Anexo 5. Resumen de las declaraciones de intereses y gestión de los conflictos de intereses | 145 |
| Anexo 6. Preguntas y resultados prioritarios | 147 |
| Anexo 7. Revisiones publicadas | 152 |
| Anexo 8. Fallos del grupo de elaboración de las directrices sobre las nuevas recomendaciones | 153 |

Web Anexo A. Global values and preferences survey report (Informe de la encuesta de valores y preferencias globales - en inglés) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356986>

Web Anexo B. GRADE tables (Tablas GRADE - en inglés) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356988>

El anexo en la web, que contiene los cuadros con los resúmenes de las evaluaciones de la evidencia para las presentes directrices, está disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342654/9789240031326-eng.pdf>.

La versión interactiva en la web de estas directrices evolutivas está disponible en inglés en: <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>.

Las Directrices SMART sobre intervenciones de autocuidado para la atención prenatal, la planificación familiar, el VIH y otros temas están disponibles en: <https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines>.

CRÉDITOS DE LAS FOTOGRAFÍAS

Portada: © UNICEF/Patricia Willocq, © Shutterstock/AJR_photo, © Shutterstock/Mila Supinskaya Glashchenko, © Jonathan Torgovnik, © istock/Alessandro Biascioli

Capítulo 1: © Photoshare/Hari Fitri Putjuk, © Images of Empowerment/Getty © Images/Paula Bronstein

Capítulo 2: Elmvh CC BY-SA 3, © WHO/Blink Media – Nikolay Doychinov

Capítulo 3: © UNICEF/Mani, © UNICEF/Shehzad Noorani

Capítulo 4: © Shutterstock/Rawpixel, © Getty Images/Images of Empowerment/Paula Bronstein

Capítulo 5: © Richard Liblanc, © Julia Fiedler

Capítulo 6: © Adobe Stock/poco_bw, © WHO/Ploy Phutpheng

Pág. v: © UNICEF/Njiokiktjien

Pág. 63: © Shutterstock/Tooykrub

Pág. 95: © WHO/Tania Habjouqa

Pág. 111: © WHO/Anne Sturm Guerrand

Pág. 117: © Shutterstock/Anton_Ivanov



PREFACIO

Me motiva la convicción de que toda persona tiene derecho a la salud. Sin embargo, por lo menos la mitad de la población mundial no tiene acceso a los servicios de salud esenciales. El modelo de proveedor a usuario que está en el centro de los sistemas de salud debe complementarse con un modelo de autocuidado por medio del cual las personas puedan tomar decisiones fundadas para promover y mantener la salud, así como prevenir y hacer frente a la enfermedad y la discapacidad con o sin el apoyo de un profesional de la salud. Muchos problemas de salud ya se pueden diagnosticar y atender mediante intervenciones de autocuidado, y cada vez son más.



Las personas han practicado el autocuidado durante milenios, y los métodos diagnósticos, medicamentos e intervenciones nuevos, incluidas las tecnologías digitales, están cambiando la forma en que se pueden prestar los servicios de salud. El autocuidado y las intervenciones de autocuidado también han desempeñado un papel fundamental en las respuestas individuales, comunitarias y nacionales a la pandemia de COVID-19. En el contexto de la sobrecarga de los sistemas de salud y la escasez de profesionales de la salud calificados, las intervenciones de autocuidado, priorizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), han contribuido a mejorar la salud y el bienestar.

El autocuidado debe funcionar como una extensión del sistema de salud, de modo que las personas que utilizan intervenciones de autocuidado también puedan acceder al sistema de salud y al apoyo comunitario para obtener asistencia adicional cuando sea necesario. También es importante que el autocuidado se realice en un entorno seguro y favorable, para evitar la estigmatización, la violencia y los resultados negativos para la salud que a menudo se presentan cuando las personas aisladas solicitan atención.

Estas directrices sobre intervenciones de autocuidado se fundamentan en los principios básicos de la cobertura universal de salud, entre ellos un enfoque de la salud centrado en las personas, que las considera responsables de la toma de decisiones relativas a su propia salud y no simplemente receptoras pasivas de los servicios de salud.

Las estrategias de atención de salud centradas en las personas también apoyan la alfabetización en materia de salud, incluida la alfabetización digital, de modo que las personas puedan hacerse cargo de su propia salud con intervenciones de autocuidado basadas en la evidencia. Estas directrices pueden ayudar a las personas a acceder a intervenciones de autocuidado seguras y efectivas, a la vez que evitan aquellas que pueden resultar peligrosas o inútiles.

El trabajo de los asociados y los expertos que han contribuido a la elaboración de las directrices también será fundamental para su difusión y aplicación, en particular entre los grupos de población subatendidos y marginados, para quienes puede ser difícil acceder a los sistemas de salud formales.

Confío en que se unan a mí para promover estas importantes directrices y apoyar las acciones de la OMS dirigidas a aplicar las intervenciones de autocuidado para la salud.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Tedros Adhanom Ghebreyesus'.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General
Organización Mundial de la Salud

PRÓLOGO

El papel de las intervenciones de autocuidado es más importante en el mundo de hoy, donde hay un mayor acceso por vías como las tecnologías digitales y la disponibilidad de medicamentos y métodos diagnósticos de venta libre en las farmacias. La elaboración por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de una orientación sobre las intervenciones de autocuidado reconoce la importancia que ha adquirido el papel de las personas y las comunidades en la atención de su propia salud y la disminución del acceso a los servicios de salud exclusivamente por medio de los establecimientos de salud convencionales.



Hacen falta más información e investigaciones rigurosas para contar con evidencia sólida que permita promover la introducción, el uso y la ampliación de las intervenciones de autocuidado. Es indispensable aplicar metodologías de investigación innovadoras para comprender mejor el autocuidado y cómo encaja en la atención médica a nivel individual, comunitario y nacional. Esta necesidad se debe en gran medida a las dificultades inherentes a la recopilación de información sobre las prácticas de salud en el hogar.

La investigación es la base para aprender, lo mismo que para vigilar, evaluar y mejorar estas intervenciones, a fin de garantizar que lleguemos a las comunidades más subatendidas y marginadas con la información y los servicios adecuados y que tengamos un efecto positivo en su salud y su bienestar. La participación significativa de la comunidad, con el empleo de métodos de investigación cualitativa para capturar las experiencias y realidades vividas, puede enriquecer aún más la evidencia.

Hay una oportunidad para expandir la investigación en este campo, aprovechando el vigoroso impulso para el autocuidado a nivel mundial. La investigación desempeña un papel crucial en la aplicación y ampliación de los programas e intervenciones de salud, entre ellos el autocuidado. Las alianzas serán fundamentales para llevar a cabo esta investigación y para utilizar la información con el objeto de sustentar y mejorar las intervenciones de autocuidado.

Al aprovechar el marco, las recomendaciones y las buenas prácticas contenidos en esta guía, podemos aplicar intervenciones de buena calidad e idear metodologías de investigación que apoyen e impulsen este campo de rápido crecimiento. Lo anterior será imprescindible para avanzar de forma sostenible hacia el logro de la salud para todos.

Dra. Soumya Swaminathan
Directora Científica
Organización Mundial de la Salud

AGRADECIMIENTOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) agradece cumplidamente las contribuciones de numerosas personas y organizaciones en la elaboración de las presentes directrices consolidadas.

La OMS expresa su sincero agradecimiento a los miembros del **Grupo de Elaboración de las Directrices**: Kaosar Afsana, Hera Ali, Elham Atalla, Martha Brady, Elizabeth Bukusi, Laura Ferguson, Anita Hardon (copresidenta), Jonathan Hopkins, Hussain Jafri, Mukesh Kapila, Po-Chin Li, Carmen Logie, Kevin Moody, Daniella Munene, Lisa Noguchi, Gina Ogilvie, Ash Pachauri, Michelle Remme, Jayalakshmi Shreedhar, Leigh Ann van der Merwe, Sheryl van der Poel y Allen Wu (copresidente); y a los miembros del **Grupo de Revisión Externa**: Faysal Al Kak, Jack Byrne, Georgina Caswell, Tyler Crone, Eva Deplecker, Austen El-Osta, Joanna Erdman, Mariangela Freitas da Silveira, Patricia Garcia, Roopan Gill, James Hargreaves, Rei Haruyama, Denis Kibira, Amy Knopf, Oswaldo Montoya, Ulysses Panisset, Michael Tan, Viroj Tangcharoensathien, Tarek Turk, Julián Vadell Martínez, Sten Vermund y Zawora Rita Zizien.

Las afiliaciones institucionales de estos y otros colaboradores figuran en el Anexo 1 de este documento.

Merecen un agradecimiento especial los **colaboradores externos** que dirigieron las revisiones sistemáticas —Caitlin Kennedy y Ping Teresa Yeh, con el apoyo de Kaitlyn Atkins, Shannon King, Jingjia (Cynthia) Li y Dong Keun Rhee (Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins)— y la metodóloga de las directrices, Nandi Siegfried.

Agradecemos también a los siguientes **asociados externos**: Harriet Birungi (Consejo de Población), Jennifer Drake (PATH), Catherine Duggan (Federación Internacional Farmacéutica), Christine Galavotti (Fundación Bill y Melinda Gates) y Saumya Ramarao (Consejo de Población); y a los siguientes **representantes de los organismos de las Naciones Unidas**: Pascale Allotey (Instituto Internacional de Salud Mundial, Universidad de las Naciones Unidas), Maribel Almonte (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer), Loyal Barjoud (The Defeat-NCD Partnership, una alianza integrada en el Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones, UNITAR), Rueben Brouwer (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos), Luisa Cabal y Emily Christie (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), Kenechukwu Esom

(Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), Shaffiq Essajee (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Petra ten Hoope-Bender (Fondo de Población de las Naciones Unidas), Etienne Langlois (Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, integrada en la OMS), Sameera Maziad Al Tuwaijri (Banco Mundial), Tim Sladden (Fondo de Población de las Naciones Unidas), Damilola Walker (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y David Wilson (Banco Mundial).

Los siguientes **funcionarios de la OMS** contribuyeron como miembros del **Grupo de Orientación de la OMS**, encargado del proceso de elaboración de las directrices: Katthyana Aparicio Reyes (Departamento de Servicios Integrados de Salud), la difunta Islene Araujo de Carvalho (Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento), Rachel Baggaley (Departamento de Programas Mundiales sobre el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión Sexual), Nathalie Broutet (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas [SRH]), Maurice Bucagu (Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento), Giorgio Cometto y Siobhan Fitzpatrick (Departamento de Personal Sanitario), Dina Gbenou (Oficina de la OMS en Burkina Faso), Karima Gholbzouri (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), Rodolfo Gómez Ponce de León (Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas), Lianne Gonsalves (Departamento de Coordinación y Alianza Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos), Nilmini Hemachandra (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), Bianca Hemmingsen (Departamento de Enfermedades No Transmisibles), Naoko Ishikawa (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental), Oleg Kuzmenko (Oficina Regional de la OMS para Europa), el difunto Ramez Mahaini (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), Garrett Mehl (Departamento de Salud Digital e Innovación), Manjulaa Narasimhan (Departamento de SRH), Léopold Ouedraogo (Oficina Regional de la OMS para África), Ulrika Rehnström Loi (Departamento de SRH), Bharat Rewari (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental), Lisa Rogers (Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos), Petrus Steyn, Tigest Tamrat y Özge Tunçalp (Departamento de SRH), Meera Upadhyay (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental), Cherian Varghese (Departamento de Enfermedades No Transmisibles) y Adriana

Velázquez Berumen (Departamento de Políticas y Normas de Productos Sanitarios); y como **consultoras de la OMS**: Briana Lucido y Marta Schaaf (Departamento de SRH).

Asimismo, agradecemos a los siguientes funcionarios de la OMS, que hicieron aportaciones en diversas etapas de la elaboración de las directrices: Onyema Ajuebor (Departamento de Personal Sanitario), Moazzam Ali, Avni Amin e Ian Askew (Departamento de SRH), Chilanga Asmani (Oficina Regional de la OMS para África), Anshu Banerjee (Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento), Nino Berdzuli (Oficina Regional de la OMS para Europa), James Campbell (Departamento de Personal Sanitario), Diarmid Campbell-Lendrum (Departamento de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud), Venkatraman Chandra-Mouli (Departamento de SRH), Paata Chikvaizde (Oficina de la OMS en Afganistán), Shona Dalal (Departamento de Programas Mundiales sobre el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión Sexual), Fahdi Dkhimi (Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud), Tarun Dua (Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias), Hayfa Elamin (Oficina Regional de la OMS para África), Mario Festin (anteriormente miembro del Departamento de SRH), Mary Lyn Gaffield, Bela Ganatra y Claudia Garcia Moreno (Departamento de SRH), Geetha Krishnan Gopalakrishna Pillai (Departamento de Servicios Integrados de Salud), Veloshnee Govender (Departamento de SRH), John Grove (Departamento de Garantía de la Calidad de Normas y Criterios), Suzanne Rose Hill (anteriormente miembro del Departamento de Medicamentos y Productos Sanitarios Esenciales), Chandani Anoma Jayathilaka (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental), Cheryl Johnson (Departamento de Programas Mundiales sobre el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión Sexual), Rita Kabra (Departamento de SRH), Edward Talbott Kelley (anteriormente miembro del Departamento de Servicios Integrados de Salud), Rajat Khosla (anteriormente miembro del SHR), James Kiarie (Departamento de SRH), Hyo Jeong Kim (Departamento de Intervenciones en Emergencias Sanitarias), Loulou Kobeissi y Antonella Lavelanet (Departamento de SRH), Arno Muller y Carmem Pessoa Da Silva (Departamento de Vigilancia, Prevención y Control), Michaela Pfeiffer (Departamento de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud), Marina Plesons (Departamento de SRH), Vladimir Poznyak (Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias), Michelle Rodolph (Departamento de Programas Mundiales sobre el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión

Sexual), Ritu Sadana (Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento), Diah Saminarsih (Oficina del Director General), Anita Sands (Departamento de Regulación y Precalificación), Lale Say (Departamento de SRH), Elisa Scolaro (Departamento de Salud y Alianzas Multilaterales), Olive Sentumbwe-Mugisa (Oficina de la OMS en Uganda), Agnes Soucat (Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud), Anna Thorson e Igor Toskin (Departamento de SRH), Reinhilde Van De Weerd (Departamento de Intervenciones en Emergencias Sanitarias), Isabelle Wachsmuth (Departamento de Servicios Integrados de Salud), Tana Wuliji (Departamento de Personal Sanitario), Souleymane Zan (Oficina de la OMS en Cotonú [Benin]), Qi Zhang (Departamento de Servicios Integrados de Salud); y a las **consultoras de la OMS**: Michalina Drejsza (anteriormente miembro del Departamento de SRH), Carmen Figueroa (Departamento del Programa Mundial contra la Tuberculosis) y Megha Rathi (Departamento de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud).

Expresamos un agradecimiento especial al **Comité de Examen de Directrices de la OMS** y, en particular, a las integrantes de su **Secretaría**, Susan Norris y Rebekah Thomas Bosco, por sus invaluable comentarios en cada etapa del proceso de elaboración de las directrices.

El apoyo para la **redacción por parte de la OMS** estuvo a cargo de Briana Lucido; el **apoyo administrativo por parte de la OMS** estuvo a cargo de Jane Werunga-Ndanareh y Michael Tabiszewski; y el **apoyo por parte de la OMS en materia de comunicaciones** estuvo a cargo de Catherine Hamill, Sarah Kessler, Christine Meynent y Elizabeth Noble, todas ellas del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas. **La edición y la corrección** fueron responsabilidad de Green Ink (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte).

La **coordinación general** del proceso de elaboración de las directrices estuvo a cargo de Manjulaa Narasimhan (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS).

La **financiación** para la elaboración de las directrices provino del Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP) y de la organización Children's Investment Fund Foundation (CIFF).

SIGLAS Y ABREVIATURAS

| | |
|--------------------------|--|
| AMPDIM | acetato de medroxiprogesterona de depósito intramuscular |
| AMPDSC | acetato de medroxiprogesterona de depósito subcutáneo |
| Apgar (índice de) | frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y color de la piel (parámetros para evaluar al recién nacido) |
| AVAD | años de vida ajustados en función de la discapacidad |
| CEDAW | Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer |
| COMET | Iniciativa de Medición de las Variables Centrales en los Ensayos de Eficacia (sigla en inglés) |
| COVID-19 | enfermedad por coronavirus de 2019 |
| ENT | enfermedad no transmisible |
| GDG | Grupo de Elaboración de las Directrices (sigla en inglés) |
| GRADE | Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (sigla en inglés) |
| GVPS | Encuesta Mundial sobre Valores y Preferencias (sigla en inglés) |
| HELLP | síndrome de hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia (sigla en inglés) |
| HRP | Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana |
| ITS | infección de transmisión sexual |
| ODS | Objetivo de Desarrollo Sostenible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida |
| PICO | preguntas sobre población, intervención, comparación y resultado (sigla en inglés) |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PrEP | profilaxis anterior a la exposición |
| PRISMA | elementos de información preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (sigla en inglés) |
| SMART | directrices basadas en normas, legibles electrónicamente, adaptativas, basadas en las necesidades y comprobables (sigla en inglés) |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| VIH | virus de la inmunodeficiencia humana |
| VPH | virus del papiloma humano |

Panorama general del documento y herramientas de navegación

CÓMO NAVEGAR ESTE DOCUMENTO:



Botones de flecha: permiten saltar directamente a diferentes páginas, secciones y recursos externos.



Ícono de inicio: permite regresar a esta página del panorama general.

A lo largo de este documento, al lado del texto aparecen íconos que denotan temas transversales para las consideraciones sobre la aplicación de las intervenciones de autocuidado.



Enfoque centrado en la persona



Derechos humanos



Igualdad de género



Personal de salud



Financiamiento de la salud

DIRECTRICES DE LA OMS SOBRE INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR

1.

Introducción



2.

Estrategias esenciales para crear y mantener un entorno propicio para el autocuidado



3.

Recomendaciones y consideraciones clave



4.

Ejecución y consideraciones programáticas para las intervenciones de autocuidado



5.

Cómo formular un programa de investigación para las intervenciones de autocuidado



6.

Difusión, aplicabilidad y actualización de las directrices y las recomendaciones



RESUMEN EJECUTIVO

ANTECEDENTES

Las intervenciones de autocuidado se encuentran entre los enfoques más prometedores e interesantes para mejorar la salud y el bienestar desde el punto de vista de los sistemas de salud y de las personas que las utilizan. Las intervenciones de autocuidado son prometedoras para todos y con ellas podemos estar mucho más cerca de hacer realidad la cobertura universal de salud. Con las intervenciones de autocuidado se hace posible aumentar las opciones y la autonomía de los usuarios cuando son accesibles, adecuadas y asequibles. Las intervenciones representan un impulso significativo hacia una mayor autodeterminación, autoeficacia, autonomía y participación en la salud, tanto para las personas que se ocupan de sí mismas como para las que se ocupan de otros. Si bien los riesgos y beneficios estimados pueden variar entre los distintos entornos y grupos de población, con las intervenciones de autocuidado se puede promover la participación de las personas en su propia salud si hay orientaciones normativas apropiadas, así como un entorno propicio, favorable y seguro. Tal como se muestra en la figura 1, las intervenciones son una excelente manera de mejorar los resultados de salud al abordar diversos aspectos de la atención de salud. Se estima que para el 2030 habrá una carencia de aproximadamente 18 millones de profesionales de la salud en todo el mundo. En la actualidad, el número de personas que necesitan asistencia humanitaria asciende a una cifra récord de 130 millones y, además, las pandemias, tal como la de COVID-19, representan una amenaza mundial. Al menos 400 millones de personas en todo el mundo carecen de acceso a los servicios de salud más esenciales y, cada año, unos 100 millones de personas se ven sumidos en la pobreza por los gastos que implica costearse la atención de salud. Por ello, es necesario encontrar urgentemente estrategias innovadoras que vayan más allá de las respuestas convencionales del sector de la salud. Estas intervenciones también son pertinentes para las tres áreas del 13.º Programa

General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como se muestra en la figura 2. La OMS recomienda que se utilicen las intervenciones de autocuidado en todos los países y entornos económicos como elementos críticos para lograr la cobertura universal de salud, promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a los grupos de población en situación de vulnerabilidad.

Atención primaria de salud, cobertura universal de salud y otras iniciativas mundiales

Las intervenciones de autocuidado reciben un reconocimiento cada vez mayor en las iniciativas mundiales, incluidas las destinadas a mejorar la atención primaria de salud. Los tres elementos principales de la atención primaria de salud descritos en la Declaración de Astaná del 2018 son los siguientes:

- Satisfacer las necesidades de las personas mediante la prestación de servicios de salud amplios e integrados (incluidos los servicios de promoción, protección, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) a lo largo de toda la vida y priorizar la atención primaria de salud y las funciones esenciales de salud pública;
- Abordar de manera sistemática los determinantes más amplios de la salud (incluidos los factores sociales, económicos y medioambientales, así como las características y los comportamientos individuales) mediante políticas basadas en la evidencia y medidas en todos los sectores
- Empoderar a las personas, familias y comunidades para que optimicen su salud al convertirlas en defensoras de las políticas que promueven y protegen la salud y el bienestar, en partícipes de la creación de servicios de salud y sociales, y en cuidadoras de sí mismas y de otros.

La atención primaria de salud es un componente fundamental para lograr la cobertura universal de salud, y se necesitará un

FIGURA 1. MEJORES RESULTADOS ASOCIADOS A LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

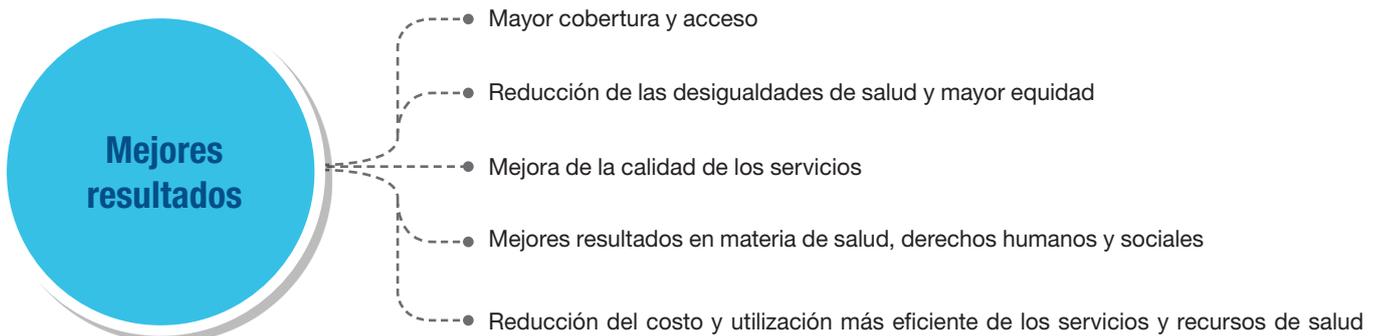


FIGURA 2. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS Y METAS DE LOS TRES MIL MILLONES DEL 13º PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO DE LA OMS



cambio de paradigma en la prestación de servicios de salud. Las intervenciones de autocuidado pueden contribuir de manera considerable a lograr dicho cambio. Las intervenciones de autocuidado que apoyan el logro de la cobertura universal de salud a su vez respaldan la meta 3.8 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades).

Mejora de la salud y el bienestar

Mediante la promoción de la salud, las personas pueden tener un mejor control de su propia salud. La promoción de la salud incluye una amplia gama de intervenciones sociales y medioambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida de cada una de las personas, al abordar y prevenir las causas de fondo de la enfermedad y no solo centrarse en el tratamiento y la curación.

La OMS recomienda diversas intervenciones de autocuidado para la promoción de la salud (véase la figura 3), tales como la mejora de la nutrición y el ejercicio físico, pero también recomienda que haya elementos facilitadores esenciales que sirvan como base para su promoción, como los conocimientos básicos sobre la salud.

Pandemias y entornos humanitarios

En entornos afectados por conflictos y crisis humanitarias, los sistemas de salud pueden verse rápidamente desbordados y, a menudo, se crea una demanda sin precedentes para que las personas y las comunidades gestionen su propia salud. Si las intervenciones de autocuidado de buena calidad se prestan dentro del marco recomendado o "entorno propicio" (como se indica en el capítulo 2 de las directrices), pueden brindar beneficios a las personas y comunidades. Durante pandemias, tales como la de COVID-19, como parte esencial de los

planes de respuesta se recomiendan y ponen en práctica a nivel mundial medidas de autocuidado, entre ellas, distanciamiento físico, uso de mascarillas y promoción de una buena higiene. Las intervenciones de autocuidado están cambiando la manera en que se percibe, comprende y accede a la atención de salud, y se suman a los diversos medicamentos, pruebas de diagnóstico y otras tecnologías disponibles para uso directo de la población.

Definición de autocuidado e intervenciones de autocuidado

El autocuidado se define como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud. El alcance del autocuidado en esta definición incluye la promoción de la salud; la prevención y el control de enfermedades; la automedicación; la atención a personas dependientes; la búsqueda de atención primaria de salud, especializada u hospitalaria cuando sea necesario; y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos.

Las intervenciones de autocuidado son herramientas que apoyan esta capacidad. Entre ellas se incluyen medicamentos, dispositivos, pruebas de diagnóstico e intervenciones digitales de alta calidad y basadas en la evidencia que se pueden brindar de manera parcial o total fuera de los servicios de atención de salud formales y que pueden utilizarse con o sin el apoyo de un profesional de la salud.

Propósito y objetivos de las directrices

El propósito de las directrices es brindar orientación normativa basada en la evidencia que permitirá a las personas, comunidades y países verse respaldados por la prestación de servicios de salud e intervenciones de autocuidado de

FIGURA 3. EL AUTOCUIDADO EN EL CONTEXTO DE LAS INTERVENCIONES VINCULADAS A LOS SISTEMAS DE SALUD



buena calidad que utilicen estrategias de atención primaria de salud, paquetes de servicios esenciales e integrales y atención centrada en las personas.

Los objetivos concretos de las directrices son los siguientes:

- brindar **recomendaciones** basadas en la evidencia sobre intervenciones de autocuidado claves para la salud pública, incluidas aquellas para promover la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, centradas en los grupos de población subatendidos y los entornos con capacidad y recursos limitados en el sistema de salud;
- brindar **declaraciones sobre buenas prácticas** sobre cuestiones programáticas, operacionales y de prestación de servicios clave que deben abordarse para promover y aumentar el acceso, la aceptación y el uso seguros y equitativos de las intervenciones de autocuidado, incluso para promover la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos; y
- brindar **consideraciones clave** sobre temas específicos para orientar futuros procesos de investigación y de elaboración de directrices.

Marco conceptual para las intervenciones de autocuidado

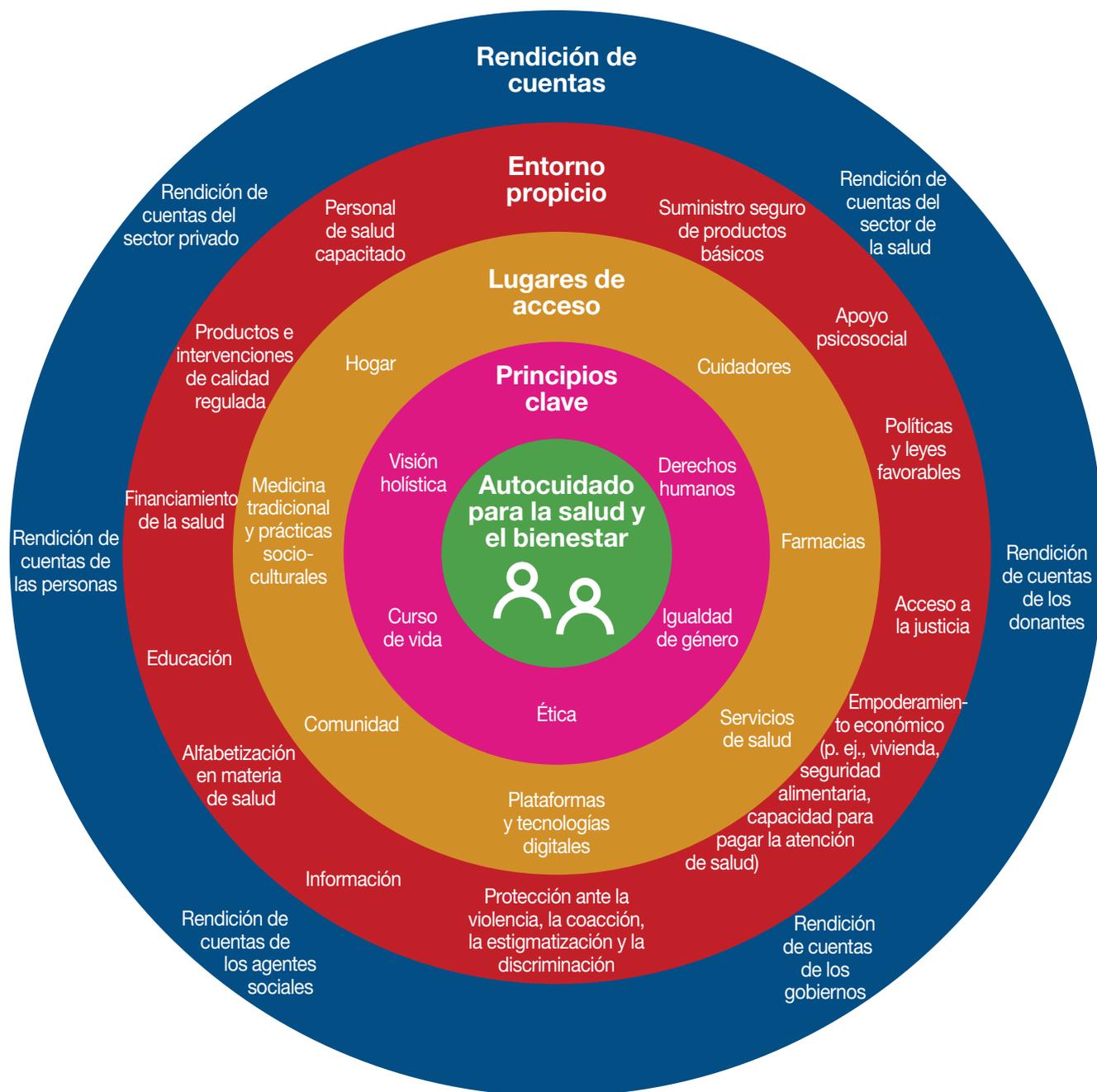
El marco conceptual sirve como punto de partida para abordar el ámbito en evolución del autocuidado y para determinar qué intervenciones de autocuidado deberán actualizarse en el futuro. En el marco conceptual (véase la figura 4) se muestran los elementos principales del enfoque “centrado en las personas” y del enfoque basado en los “sistemas de salud”, que pueden apoyar la

introducción, la aceptación y la ampliación de las intervenciones de autocuidado. El enfoque para la salud y el bienestar centrado en las personas constituye el núcleo de este marco.

Las directrices se fundamentan en un enfoque de salud y bienestar fortalecido, integral y centrado en las personas, que incorpora la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, y en ellas se aboga por su aplicación. Este enfoque se basa en los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la igualdad de género. Para aplicar el enfoque centrado en las personas, es necesario que la atención de cada persona sea integral y que se tengan en cuenta sus circunstancias, necesidades y deseos individuales a lo largo de la vida, así como el entorno en el que vive.

La aplicación de intervenciones de autocuidado en un entorno que sea seguro y favorable brinda una oportunidad de ayudar a aumentar la participación de las personas en su propia salud, incluida su participación como pacientes.

Un entorno propicio, seguro y favorable es esencial para facilitar el acceso a los productos e intervenciones que puedan mejorar la salud y el bienestar de los grupos de población subatendidos y marginados, así como para aumentar su aceptación. La evaluación y la garantía de un entorno favorable en el que puedan ponerse en marcha las intervenciones de autocuidado de manera segura y apropiada deben ser componentes iniciales fundamentales de cualquier estrategia para introducir o ampliar estas intervenciones. Para ello, se deben basar en el perfil de los posibles usuarios, en los servicios disponibles para ellos, en el entorno jurídico y de políticas más amplio, así como en los apoyos y obstáculos estructurales.

FIGURA 4. MARCO CONCEPTUAL PARA LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO


Fuente: adaptado con permiso de Narasimhan y cols. (doi:10.1136/bmj.l688).

Alcance de las directrices

En las directrices convergen las recomendaciones de la OMS nuevas y las que ya están en vigor, las declaraciones sobre buenas prácticas y las consideraciones clave sobre las intervenciones de autocuidado para la salud. Las recomendaciones se relacionan con intervenciones específicas asociadas a la salud (véase el capítulo 3), mientras que las declaraciones sobre buenas prácticas se relacionan con las consideraciones sobre su aplicación y, de manera más general, con la creación y el mantenimiento de un entorno propicio, especialmente para los grupos de población subatendidos (véase el capítulo 4 de las directrices, en el que también se incluyen dos

recomendaciones adicionales). El presente documento se basa en la orientación del 2019, que constituyó las primeras directrices de este tipo publicadas por la OMS. Las nuevas recomendaciones de las directrices se centran en las intervenciones de autocuidado que se consideran en transición, de su aplicación por profesionales de la salud que trabajan en establecimientos de salud a su aplicación utilizando el enfoque de autocuidado. Cuando haya directrices vigentes de la OMS, se remitirá a los usuarios a esas publicaciones para consultar información adicional, así como a otros instrumentos y documentos pertinentes de la OMS sobre las actividades de sus programas.

Acceso, utilización y aceptación de las intervenciones de autocuidado para los grupos de población subatendidos

En todas las regiones del mundo se presentan inequidades en materia de salud, y las tasas de enfermedad son considerablemente más altas entre las personas y comunidades más pobres y marginadas.

Las vulnerabilidades de los grupos de población y comunidades subatendidos podrían agravarse en muchos contextos debido a factores como una mayor edad, hecho que puede provocar aislamiento social o pobreza y esto, a su vez, que las personas vivan en entornos que son perjudiciales para la salud. Por ello, el nivel de apoyo que se debe brindar a las personas y comunidades para que puedan acceder, aceptar y utilizar las intervenciones de autocuidado no será el mismo. Es sumamente importante que haya vínculos estrechos y seguros entre el autocuidado independiente y el acceso a servicios de salud de buena calidad para quienes deseen acceder a ellos o los necesiten, a fin de evitar un daño. Si una intervención de autocuidado no constituye una elección positiva, sino que se aplica por temor o por falta de alternativas, puede agravar las vulnerabilidades.

La utilización y la aceptación de las intervenciones de autocuidado es un proceso, y el traspaso de la responsabilidad —entre la responsabilidad plena del usuario y la responsabilidad plena del personal de salud (o algún punto intermedio)— también puede modificarse a lo largo del tiempo para cada intervención y en los distintos grupos poblacionales. Es fundamental para la salud y los derechos humanos que se garantice la aplicación plena de las leyes y políticas con un enfoque de derechos humanos mediante programas de salud sexual y reproductiva y derechos conexos.

Público destinatario

El principal público destinatario de las directrices son los encargados de la formulación de políticas a nivel nacional e internacional, investigadores, directores de programas, personal de salud (incluidos los farmacéuticos), donantes y organizaciones de la sociedad civil responsables de la toma de decisiones o de brindar asesoramiento sobre la prestación o promoción de las intervenciones de autocuidado. Los destinatarios secundarios incluyen a desarrolladores de productos. Asimismo, se prevé que las nuevas directrices sirvan de apoyo para las personas a quienes van dirigidas las recomendaciones, es decir, para quienes se encargan de su propio cuidado y para quienes cuidan de otras personas.

Las directrices beneficiarán principalmente a los programas y servicios de salud en entornos de bajos recursos, pues en ellos se presentan los mayores desafíos para brindar servicios adaptados a las necesidades y derechos de los grupos de población subatendidos. No obstante, su contenido es pertinente para todos los entornos y, por ello, deben

considerarse de alcance mundial. Al momento de aplicar estas recomendaciones, pertinentes en todo el mundo, las regiones y los países de la OMS pueden adaptarlas a sus contextos locales, teniendo en cuenta las condiciones económicas y los servicios y establecimientos de salud disponibles.

Proceso de elaboración de las directrices

Las directrices se han elaborado de conformidad con las normas y los requisitos de la OMS para la elaboración de directrices, y bajo la supervisión del Comité de Examen de Directrices de la OMS. Todas las recomendaciones de las directrices han sido elaboradas por el Grupo de Elaboración de las Directrices, y han sido facilitadas por la persona experta en metodología de directrices utilizando el enfoque GRADE (Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones). En el anexo 2 de las directrices se brindan todos los detalles de la metodología. En particular, en el apartado 2.4 de ese anexo se detalla la manera en que se determinó qué temas debían abordarse y qué recomendaciones específicas y declaraciones sobre buenas prácticas debían incluirse.

Elaboración del programa de investigación

Las investigaciones futuras en materia de autocuidado se pueden concebir dentro de dos áreas generales: a) el desarrollo de intervenciones de autocuidado, y b) la prestación de intervenciones de autocuidado.

El eje de la investigación sobre la eficacia, seguridad, ejecución y prestación de las intervenciones se sustenta en las perspectivas de las personas, los colectivos, las comunidades, el personal de salud y los sistemas. Por este motivo, se debe prestar atención para que la selección de resultados que serán medidos coincida con la perspectiva pertinente. Esto también aplica para los estudios de costos y relación costo-eficacia.

Con la adopción cada vez más frecuente de soluciones de salud digital y de una terapéutica digital para el autocuidado, se presentan nuevas oportunidades para obtener datos en tiempo real. Sin embargo, esto exige que la gestión de la privacidad, seguridad e identidad sea parte esencial de la realización de investigaciones éticas en materia de autocuidado. Es fundamental que haya transparencia, una cultura de confianza y un beneficio mutuo para las personas que participen en las investigaciones y para aquellas a cargo, a fin de crear un entorno de investigación sostenible. Durante el proceso de elaboración de las directrices y en la reunión presencial del Grupo de Elaboración de las Directrices, los miembros del grupo identificaron importantes lagunas de conocimientos que debían ser abordadas mediante investigaciones primarias más exhaustivas.

En el capítulo 5 de las directrices se abordan las limitaciones de la evidencia disponible; se presentan de manera ilustrativa las preguntas de investigación pertinentes para determinar

si un entorno es propicio para el autocuidado en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos; se enumeran las preguntas para abordar las lagunas identificadas en la investigación relacionada con las nuevas recomendaciones de las directrices; y se presentan de manera ilustrativa las preguntas de investigación sobre las intervenciones de autocuidado pertinentes para los diversos dominios de los resultados que se utilizan para medir el componente de derechos humanos y la equidad.

Ejecución, aplicabilidad y seguimiento y evaluación de las directrices

Es probable que, para la aplicación eficaz de las recomendaciones, las declaraciones sobre buenas prácticas y las consideraciones clave de las directrices, se deba reorganizar la atención y se deban redistribuir los recursos de salud, en especial en países de ingresos bajos y medianos. En el capítulo 6 de las directrices se examinan los posibles obstáculos para tal efecto. Se aplicarán diversas estrategias para garantizar que se pongan en práctica el enfoque centrado en las personas y los principios fundamentales que sustentan las directrices, así como para superar los obstáculos en diversos contextos a fin de facilitar su aplicación.

Se hará el seguimiento de la aplicación y del impacto de estas recomendaciones en los servicios de salud a nivel regional y de país sobre la base de los indicadores disponibles. Sin embargo, debido a que el autocuidado se practica en espacios privados, es necesario idear otras formas de evaluar el impacto de las intervenciones, con la participación de las comunidades afectadas, y que se ponga particular énfasis en su aceptación y utilización por los grupos de población subatendidos.

Actualización de las directrices

Las recomendaciones, declaraciones sobre buenas prácticas y consideraciones clave que se publican en las directrices

constituyen un subgrupo de intervenciones de autocuidado prioritarias para la salud. Las directrices se irán actualizando y ampliando a medida que se disponga de nuevos datos y dependiendo de los avances en las políticas y programas. Las directrices se consideran “orientaciones evolutivas”, y esto permitirá el examen permanente de nuevos datos e información, de modo que se pueda emitir una orientación apropiada de manera oportuna que los países y programas puedan adoptar y aplicar.

Resumen de las recomendaciones, declaraciones sobre buenas prácticas y consideraciones clave

En el cuadro 1 se presentan las recomendaciones nuevas y en vigor, así como las nuevas consideraciones clave sobre intervenciones de autocuidado en las que se abordan los siguientes temas: a) la mejora de la atención prenatal, durante el parto y posnatal; b) la prestación de servicios de alta calidad para planificación familiar, incluidos servicios en materia de infertilidad; c) la eliminación de los abortos peligrosos; d) la lucha contra las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH), las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas; e) la promoción de la salud sexual; y f) la atención de enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

En el cuadro 2 se presentan las declaraciones nuevas y anteriores sobre buenas prácticas y dos nuevas recomendaciones sobre intervenciones de autocuidado en las que se abordan los siguientes temas: a) consideraciones sobre derechos humanos, igualdad de género y equidad; b) consideraciones económicas y financieras; c) necesidades de formación del personal de salud; d) consideraciones sobre la aplicación para grupos de población específicos; e) intervenciones de salud digital; y f) consideraciones medioambientales. Se indica entre paréntesis si se trata de recomendaciones, declaraciones sobre buenas prácticas o consideraciones clave nuevas.



NUEVA!



CUADRO 1. RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES CLAVE PARA LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

| Intervenciones | Recomendaciones y consideraciones clave |
|---|--|
| Mejora de la atención prenatal, durante el parto y posnatal | |
| Intervenciones no clínicas dirigidas a las mujeres para reducir el número de cesáreas no necesarias | |
| Recomendación 1 | La educación en salud para las mujeres es un componente esencial de la atención prenatal. Se recomiendan las siguientes intervenciones educativas y programas de apoyo para reducir los partos por cesárea, solo si hay una vigilancia y una evaluación dirigidas. <i>(Recomendación en función del contexto; evidencia con grado de certeza bajo)</i> |
| Recomendación 1a | Talleres de capacitación sobre el parto, cuyo contenido contemple sesiones acerca del temor y el dolor del parto, técnicas farmacológicas para aliviar el dolor y sus efectos, métodos no farmacológicos para aliviar el dolor, ventajas y desventajas de la cesárea y el parto vaginal, indicaciones y contraindicaciones de la cesárea, entre otros. <i>(Evidencia con grado de certeza de bajo a moderado)</i> |



| Intervenciones | Recomendaciones y consideraciones clave ^a |
|--|--|
| Recomendación 1b | Un programa de capacitación dirigido por personal de enfermería sobre relajación aplicada, cuyo contenido contemple debates en grupo sobre temas relacionados con la ansiedad y el estrés durante el embarazo y la finalidad de la relajación aplicada, y técnicas de respiración profunda entre otras técnicas de relajación. <i>(Evidencia con grado de certeza de bajo a moderado)</i> |
| Recomendación 1c | Un programa de prevención psicosocial basado en la pareja, cuyo contenido contemple estrategias de autogestión emocional, gestión de conflictos, resolución de problemas, comunicación y apoyo mutuo que fomenten la crianza conjunta y positiva del lactante. En esta recomendación, el término “pareja” incluye a los miembros de las parejas como tales, a las personas en una relación primaria o a otras personas cercanas. <i>(Evidencia con grado de certeza de bajo a moderado)</i> |
| Recomendación 1d | Psicoeducación para las mujeres con miedo al dolor, que contemple información acerca del temor y la ansiedad, temor al parto, normalización de las reacciones personales, etapas del trabajo de parto, procedimientos rutinarios hospitalarios, proceso del parto y alivio del dolor (encabezado por un terapeuta y una partera), entre otros temas. <i>(Evidencia con grado de certeza de bajo a moderado)</i> |
| Intervenciones autoadministradas para síntomas fisiológicos comunes | |
| Recomendación 2 | En lo relativo a las intervenciones educativas y a los programas de apoyo, no hay un formato específico (por ejemplo, folletos, videos o actividades educativas con juego de roles) que se recomiende como el más eficaz. |
| Intervenciones para náuseas y vómitos | |
| Recomendación 3 | Para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo, se recomienda el jengibre, la manzanilla, la vitamina B6 o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |
| Intervenciones para la pirosis | |
| Recomendación 4 | Para prevenir y aliviar la pirosis en el embarazo, se recomienda brindar asesoramiento sobre el régimen alimentario el modo de vida. Se pueden ofrecer preparaciones de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del modo de vida. |
| Intervenciones para calambres en las piernas | |
| Recomendación 5 | Se puede administrar magnesio, calcio u otros tratamientos no farmacológicos para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |
| Intervenciones para la lumbalgia y el dolor pélvico | |
| Recomendación 6 | Se recomienda practicar ejercicio regularmente durante todo el embarazo para evitar la lumbalgia y el dolor pélvico. Hay varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |
| Intervenciones para el estreñimiento | |
| Recomendación 7 | Se pueden consumir suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |
| Intervenciones para las várices y el edema | |
| Recomendación 8 | Se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, para tratar las várices y el edema durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |

| Intervenciones | Recomendaciones y consideraciones clave ^a |
|--|---|
| Autoadministración de analgésicos para evitar la prolongación del primer período del trabajo de parto | |
| Recomendación 9 | No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto. <i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Suplementos de hierro y ácido fólico | |
| Recomendación 10a (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autoadministración de suplementos de ácido fólico como una opción adicional a la provisión de estos suplementos por parte de un profesional de la salud para las personas que estén planificando un embarazo en los próximos tres meses. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Recomendación 10b (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autoadministración de suplementos de hierro y ácido fólico como una opción adicional a la provisión de estos suplementos por parte de un profesional de la salud para las personas que estén embarazadas. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Recomendación 10c (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autoadministración de suplementos de hierro y ácido fólico como una opción adicional a la provisión de estos suplementos por parte de un profesional de la salud para las personas durante el período posnatal. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Autovigilancia de la presión arterial durante el embarazo | |
| Recomendación 11 (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autovigilancia de la presión arterial durante el embarazo para las personas con trastornos hipertensivos del embarazo como una opción al seguimiento de la presión arterial por parte de un profesional de la salud en las consultas prenatales únicamente. <i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Autoadministración de la prueba de proteinuria durante el embarazo | |
| Consideración clave 1 (nueva) | En el caso de las personas embarazadas con hipertensión sin proteinuria, es posible que el análisis de la orina en casa brinde algunos beneficios en comparación con la atención hospitalaria para detectar la proteinuria, pero es preciso que los médicos encuentren un equilibrio entre esta medida y la carga adicional que supondría para la persona. |
| Autovigilancia de la glucemia durante el embarazo | |
| Recomendación 12 (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autovigilancia de la glucemia durante el embarazo para las personas con diagnóstico de diabetes gestacional como alternativa al seguimiento de la glucemia por parte de un profesional de la salud en las consultas prenatales únicamente. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Notas clínicas llevadas por las personas embarazadas para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal | |
| Recomendación 13 | La OMS recomienda que todas las personas embarazadas lleven sus propias notas clínicas durante el embarazo para mejorar la continuidad y la calidad de la atención, así como su experiencia en el embarazo. |
| Prestación de servicios de alta calidad para planificación familiar, incluidos los servicios en materia de infertilidad | |
| Autoadministración de contraceptivos inyectables | |
| Recomendación 14 | La autoadministración de anticonceptivos inyectables debería estar disponible como una opción adicional para administrar los anticonceptivos inyectables a las personas en edad reproductiva. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |



| Intervenciones | Recomendaciones y consideraciones clave ^a |
|---|---|
| Autogestión del uso de anticonceptivos, con anticonceptivos orales (píldora) de venta libre | |
| Recomendación 15 | Los anticonceptivos orales de venta libre deberían estar disponibles sin receta médica para las personas que deseen utilizarlos. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Disponibilidad de anticonceptivos de urgencia de venta libre | |
| Recomendación 16 (nueva) | La OMS recomienda que los anticonceptivos de urgencia de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que deseen utilizar estos métodos. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Autoexamen con estuches de predicción de la ovulación para la regulación de la fecundidad | |
| Recomendación 17 | Los estuches de predicción de la ovulación para uso en el hogar deberían estar disponibles para las personas que intentan quedar embarazadas, como un método adicional para el manejo de la fecundidad. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza bajo)</i> |
| Uso de preservativos | |
| Recomendación 18 | El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos es sumamente eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH; para reducir el riesgo de transmisión del VIH de hombres a mujeres o viceversa en parejas serodiscordantes, para reducir el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual y afecciones conexas, incluidas las verrugas genitales y el cáncer cervicouterino; y para prevenir los embarazos no deseados. |
| Recomendación 19 | Se recomienda el uso correcto y sistemático de preservativos con lubricantes compatibles para todos los grupos de población clave, a fin de prevenir la transmisión sexual del VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Recomendación 20a | Proporcionar un suministro de anticonceptivos orales de hasta un año en función de las preferencias de la mujer y el uso previsto. |
| Recomendación 20b | En los programas se debe encontrar un equilibrio entre la conveniencia de dar a las mujeres el máximo acceso a los anticonceptivos orales y la problemática ligada al suministro y logística de los anticonceptivos. |
| Recomendación 20c | El sistema de reabastecimiento debe ser flexible, para que las mujeres puedan obtener los anticonceptivos orales fácilmente en la cantidad y el momento en que los requieran. |
| Prueba de embarazo autoadministrada | |
| Recomendación 21 (nueva) | La OMS recomienda que estén disponibles las pruebas de embarazo autoadministradas como una opción adicional a la prueba de embarazo realizada por un profesional de la salud para las personas que las soliciten. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Eliminación de los abortos peligrosos | |
| Autogestión del aborto médico en el primer trimestre | |
| Recomendación 22 | Se recomienda la autoevaluación del cumplimiento de los criterios de idoneidad para el aborto médico en el contexto de una investigación rigurosa. |

| Intervenciones | Recomendaciones y consideraciones clave ^a |
|--|---|
| Recomendación 23 | Se recomienda aplicar tratamiento con mifepristona y misoprostol sin supervisión directa de un profesional de la salud en circunstancias específicas. Se recomienda esta opción cuando las mujeres pueden acceder a una fuente de información precisa y a un profesional de la salud si lo necesitaran o desearan en cualquier etapa del proceso. |
| Recomendación 24 | En circunstancias específicas, se recomienda la autoevaluación para verificar la finalización del proceso de aborto mediante pruebas de embarazo y listas de verificación. Se recomienda esta opción cuando se hayan utilizado mifepristona y misoprostol, y cuando la mujer cuente con información precisa y pueda acceder a un profesional de la salud si lo necesitara o deseara en cualquier momento del proceso. |
| Uso de anticonceptivos hormonales después de un aborto | |
| Recomendación 25 | Se recomienda la autoadministración de anticonceptivos inyectables en circunstancias específicas. Se recomienda esta opción en los contextos donde haya mecanismos para proporcionar a la mujer información y capacitación apropiadas, donde haya una sólida vinculación con los servicios de referencia a un profesional de la salud y donde se puedan garantizar la vigilancia y el seguimiento. |
| Recomendación 26 | Para quienes tengan un aborto médico con el tratamiento combinado (mifepristona y misoprostol) o solo con misoprostol y deseen un anticonceptivo hormonal (anticonceptivos orales, parche, anillo, implante o inyecciones), se recomienda ofrecerles la opción de iniciar la anticoncepción hormonal inmediatamente después de la administración del primer comprimido abortivo. |
| Lucha contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas | |
| Automuestreo para detección del virus del papiloma humano (VPH) | |
| Recomendación 27 | El automuestreo del VPH debería estar disponible como una opción adicional a la toma de muestras por los servicios de detección del cáncer cervicouterino para las personas de 30 a 60 años. (Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado) |
| Autorrecolección de muestras para pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) | |
| Recomendación 28 | La toma de muestras por la propia persona para detectar <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i> debería estar disponible como una opción adicional a los servicios de pruebas de las ITS. (Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado) |
| Recomendación 29 | Se recomienda que se considere la autorrecolección de muestras para <i>Treponema pallidum</i> (sífilis) y <i>Trichomonas vaginalis</i> como un método adicional a la prestación de servicios de pruebas de ITS. (Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza bajo) |
| Autoadministración de pruebas para el VIH | |
| Recomendación 30 | Se debe ofrecer la autoadministración de pruebas para detectar la infección por el VIH como un método adicional a los servicios de pruebas de detección del VIH. (Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)) |
| Autoeficacia y empoderamiento de las mujeres con infección por el VIH | |
| Recomendación 31 | Se deben ofrecer intervenciones acerca de la autoeficacia y el empoderamiento sobre salud sexual y reproductiva y derechos conexos a las mujeres con infección por el VIH para maximizar su salud y para que se respeten sus derechos. (Recomendación firme; evidencia con grado de certeza bajo) |



| Intervenciones | Recomendaciones y consideraciones clave ^a |
|---|--|
| Acceso en las farmacias a la profilaxis anterior a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH | |
| Consideración clave 2 (nueva) | <p>Inicio y continuación de la PrEP en las farmacias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La OMS recomienda que se ofrezca la PrEP por vía oral y el anillo vaginal con dapivirina a las personas que se encuentren en riesgo considerable de contraer la infección por el VIH. • Es indispensable la disponibilidad y el acceso equitativo a la PrEP, además de que se brinde información sobre su uso, para garantizar una mayor aceptación. • La provisión de PrEP en farmacias puede representar una oportunidad única para ampliar el acceso a ella en un entorno comunitario. • Todo modelo de administración de PrEP en las farmacias debería garantizar el cumplimiento con los procedimientos recomendados por la OMS para iniciarla y mantenerla, con inclusión de pruebas para detección del VIH, pruebas de creatinina y otras pruebas y orientación adecuadas. • La decisión de ofrecer la PrEP en las farmacias se deberá tomar en consonancia con las leyes y regulaciones locales; asimismo, será necesario que haya vínculos apropiados con los sistemas de salud y la participación comunitaria. |
| Promoción de la salud sexual | |
| Uso de lubricantes para la salud sexual | |
| Recomendación 32 (nueva) | <p>La OMS recomienda que estén disponibles lubricantes para el uso optativo durante la actividad sexual entre las personas sexualmente activas.</p> <p><i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i></p> |
| Autoadministración de hormonas para la reafirmación de género dirigida a las personas transgénero o de género diverso | |
| Consideración clave 3 (nueva) | <ul style="list-style-type: none"> • Los principios de la igualdad de género y los derechos humanos en la provisión de hormonas para la reafirmación de género de alta calidad son fundamentales para ampliar el acceso a esta importante intervención y reducir la discriminación basada en la identidad de género. • Las personas transgénero o de género diverso viven dentro de sistemas sociales, jurídicos, económicos y políticos que las someten a un alto riesgo de discriminación, exclusión, pobreza y violencia. • Se necesita con urgencia realizar investigaciones para apoyar la elaboración de directrices basadas en la evidencia. |
| Enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes | |
| Enfermedades cardiovasculares | |
| Automedición de la presión arterial | |
| Recomendación 33 | <p>Se recomienda la automedición de la presión arterial para el manejo de la hipertensión en determinados pacientes, en aquellos contextos donde la tecnología sea asequible.</p> <p><i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i></p> |
| Autovigilancia de la coagulación sanguínea | |
| Recomendación 34 | <p>Se recomienda la autovigilancia de la coagulación sanguínea para determinados pacientes que toman anticoagulantes orales, si se determina que la tecnología es asequible.</p> <p><i>(Recomendación débil; evidencia con grado de certeza moderado)</i></p> |
| Recomendación 35 | <p>Se recomienda la autovigilancia de la coagulación sanguínea y el aumento de la dosis por el propio paciente en el caso de aquellos pacientes que reciban anticoagulantes orales, siempre que sea asequible y se realice conforme a un plan de acción acordado con un profesional de la salud.</p> <p><i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza moderado)</i></p> |

| Intervenciones | Recomendaciones y consideraciones clave ^a |
|-------------------------------|--|
| Diabetes | |
| Autovigilancia de la glucemia | |
| Recomendación 36 | <i>En este momento no se recomienda la autovigilancia de la glucemia en el tratamiento de los pacientes con diabetes de tipo 2 que no usen insulina porque no hay evidencia suficiente para justificar esa recomendación. (Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Recomendación 37 | Se recomienda que se ofrezca la autovigilancia de la glucemia a las personas con diabetes de tipo 1 y tipo 2 que usen insulina, según la necesidad clínica de cada persona. (Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza bajo) |

^a En algunas de las recomendaciones, no se especifica el grado de firmeza de la recomendación ni el grado de certeza de la evidencia porque se elaboraron antes del uso sistemático del método GRADE. Actualizaremos el texto de manera correspondiente cuando se actualicen las directrices pertinentes utilizando este método.



CUADRO 2. RECOMENDACIONES Y DECLARACIONES SOBRE BUENAS PRÁCTICAS RELATIVAS A LA APLICACIÓN Y CONSIDERACIONES PROGRAMÁTICAS DE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

| Intervenciones | Recomendaciones y declaraciones sobre buenas prácticas |
|---|---|
| Consideraciones sobre los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad | |
| Declaración sobre buenas prácticas 1 (nueva) | Todas las intervenciones de autocuidado para la salud deben ir acompañadas de información exacta, comprensible y procesable, en formatos y lenguajes accesibles, sobre la intervención en sí y sobre la manera de vincularla a los servicios de salud en establecimientos o servicios comunitarios pertinentes. Asimismo, se debe ofrecer la oportunidad de interactuar con profesionales de la salud o pares que estén capacitados y sirvan de apoyo para respaldar las decisiones relativas a la intervención y su uso. |
| Declaración sobre buenas prácticas 2 (nueva) | La prestación de intervenciones de autocuidado para la salud debería aumentar las opciones de los usuarios en términos de cuándo y cómo solicitar la atención de salud, lo que incluye la flexibilidad en la elección de las intervenciones y en el grado y manera de implicarse en los servicios de salud. |
| Declaración sobre buenas prácticas 3 (nueva) | Las intervenciones de autocuidado para la salud y los mecanismos para prestarlas deberían diseñarse de manera que satisfagan las necesidades de todas las personas de los diversos géneros, reconociendo que puede haber diferencias en los obstáculos que las personas y las comunidades afrontan para acceder a intervenciones de buena calidad, en sus necesidades y prioridades, en el tipo de apoyo necesario y en sus puntos de acceso preferidos. |
| Declaración sobre buenas prácticas 4 (nueva) | Los países deberían examinar y, cuando sea necesario, revisar sus leyes, políticas y regulaciones para garantizar que se disponga ampliamente de intervenciones de autocuidado de alta calidad en la comunidad, que sean accesibles para todas las personas, sin discriminación, por parte de profesionales de la salud que trabajen en servicios públicos, privados y comunitarios, y que sean aceptables para los usuarios. |



| Intervenciones | Recomendaciones y declaraciones sobre buenas prácticas |
|--|---|
| Consideraciones económicas y financieras | |
| Declaración sobre buenas prácticas 5 | Los servicios de salud y las intervenciones de autocuidado de buena calidad deberían estar disponibles y ser accesibles, asequibles y aceptables para los grupos de población subatendidos y marginados, sobre la base de los principios de la ética médica; la prevención de la estigmatización, la coacción y la violencia; la no discriminación; y el derecho a la salud. |
| Necesidades de formación de los profesionales de la salud | |
| Declaración sobre buenas prácticas 6 (adaptada) | Los profesionales de la salud deberían recibir una formación continua adecuada para garantizar que tengan las competencias, sustentadas en los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios, para brindar intervenciones de autocuidado basadas en el derecho de todas las personas a la salud, la confidencialidad y la no discriminación. |
| Delegación razonable de tareas y distribución de tareas | |
| Declaración sobre buenas prácticas 7 | Los países deberían, en colaboración con las partes interesadas pertinentes (incluidos grupos de pacientes y la comunidad), considerar la aplicación o ampliación y fortalecimiento de la delegación razonable de tareas a las personas, los cuidadores y las comunidades, como miembros del equipo de salud, de maneras eficaces y que produzca resultados equitativos en materia de salud. |
| Declaración sobre buenas prácticas 8 | Las personas que aplican intervenciones de autocuidado y los cuidadores que no sean profesionales de la salud capacitados pueden tener capacidad de acción y decisión para gestionar determinados aspectos de la salud bajo la responsabilidad de un profesional de la salud, en especial los relacionados con el autocuidado y la utilización de intervenciones en este ámbito, cuando sea apropiado y dentro de un contexto de sistemas de salud seguros y solidarios. |
| Capacitación de los profesionales de la salud basada en competencias | |
| Declaración sobre buenas prácticas 9 (adaptada) | <p>Los países deberían adoptar un enfoque sistemático para brindar una capacitación armonizada, normalizada y basada en competencias que esté orientada a satisfacer las necesidades y acreditada, de manera que los profesionales de la salud se encuentren dotados de las competencias apropiadas para realizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • involucrarse y apoyar las prácticas de autocuidado que promuevan la fortaleza emocional, la salud y el bienestar; • determinar el grado en el que una persona desea y puede autovigilar y autogestionar el cuidado de su salud; • promover el acceso a las intervenciones de autocuidado, así como su uso correcto y aceptación; e • instruir a las personas para que preparen y se autoadministren sus medicamentos o tratamientos. |
| Consideraciones sobre la aplicación para grupos de población específicos | |
| Consideraciones sobre la aplicación durante las crisis humanitarias y las pandemias | |
| Recomendación 38 | La OMS recomienda dar prioridad a los servicios de salud digital, las intervenciones de autocuidado, la distribución de tareas y la extensión asistencial para garantizar el acceso a los medicamentos, pruebas de diagnóstico, dispositivos, información y asesoramiento cuando la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en establecimientos esté interrumpida. |
| Recomendación 39 | La OMS recomienda maximizar las medidas de salud y seguridad en el trabajo para el personal, incluida la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicosocial y la promoción de estrategias de autocuidado. |
| Enfoque del curso de vida | |
| Declaración sobre buenas prácticas 10 | La sensibilización sobre las intervenciones de autocuidado debería adaptarse a las necesidades concretas de las personas a lo largo de la vida y a los diferentes entornos y circunstancias, y en ella se debería reconocer su derecho a la salud sexual y reproductiva durante el curso de vida. |

| Intervenciones | Recomendaciones y declaraciones sobre buenas prácticas |
|---|---|
| Consideraciones relativas a la aplicación para los grupos de población subatendidos y marginados | |
| Declaración sobre buenas prácticas 11 (adaptada) | Las personas que pertenecen a grupos de población subatendidos y marginados deberían poder llevar una vida sexual placentera y plena, así como tener acceso a una gama de opciones para su salud reproductiva. |
| Declaración sobre buenas prácticas 12 (adaptada) | Los países deberían tomar medidas para aplicar y hacer cumplir las leyes de protección y contra la discriminación, que se derivan de las normas en materia de derechos humanos, a fin de eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia contra los grupos de población subatendidos y marginados. |
| Declaración sobre buenas prácticas 13 (nueva) | Las personas transgénero y de género diverso que se autoadministran hormonas para la reafirmación de género deben tener acceso a información basada en la evidencia, productos de buena calidad y equipo estéril para inyecciones. |
| Intervenciones de salud digital | |
| Declaración sobre buenas prácticas 14 (adaptada) | Las intervenciones de salud digital ofrecen oportunidades para promover y ofrecer información sobre las intervenciones de autocuidado, así como para generar foros de debate al respecto. |
| Declaración sobre buenas prácticas 15 (adaptada) | Se puede ofrecer telemedicina entre el paciente y el prestador de servicios de salud como apoyo para las intervenciones de autocuidado, a fin de complementar los servicios de salud presenciales. |
| Declaración sobre buenas prácticas 16 (adaptada) | La comunicación digital dirigida al usuario por parte de los trabajadores de salud sobre el uso de intervenciones de autocuidado puede ayudar a aplicar, vigilar y evaluar los resultados de salud. |
| Consideraciones medioambientales | |
| Declaración sobre buenas prácticas 17 | Se debe promover la eliminación segura y sin riesgo de los desechos de los productos de autocuidado en todos los niveles. |
| Declaración sobre buenas prácticas 18 | Los países, los donantes y las partes interesadas pertinentes deberían tomar medidas para promover la adquisición de productos de autocuidado preferibles desde el punto de vista ambiental, al seleccionar suministros que generen menos desperdicio, sean reciclables o generen desechos menos nocivos, o al utilizar cantidades menores. |

DIRECTRICES EVOLUTIVAS

Estas directrices evolutivas también están disponibles en una plataforma en línea con un entorno fácil de utilizar y de navegación sencilla, que permitirá el examen continuo de la evidencia y la información nuevas. La versión interactiva en la web de estas directrices evolutivas está disponible en la siguiente página: <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>.

Las directrices SMART (basadas en normas, legibles electrónicamente, adaptativas, basadas en las necesidades y comprobables) sobre intervenciones de autocuidado para la atención prenatal, la planificación familiar, el VIH y otros temas están disponibles en la siguiente página: <https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines>.

1.

Introducción



Sinopsis



Volver al
comienzo

En este capítulo se presenta la información básica sobre el autocuidado y las intervenciones de autocuidado y una visión panorámica de las directrices, que incluye resúmenes breves de cómo se elaboraron, la forma en que deben usarse y su alcance.

Antecedentes

p. 2

Objetivos

p. 7

El enfoque de las
directrices evolutivas

p. 7

Definiciones del autocuidado y las
intervenciones de autocuidado

p. 8

Alcance

p. 9

Público destinatario

p. 11

Valores y preferencias

p. 11

Proceso de elaboración y
compilación de las directrices

p. 12



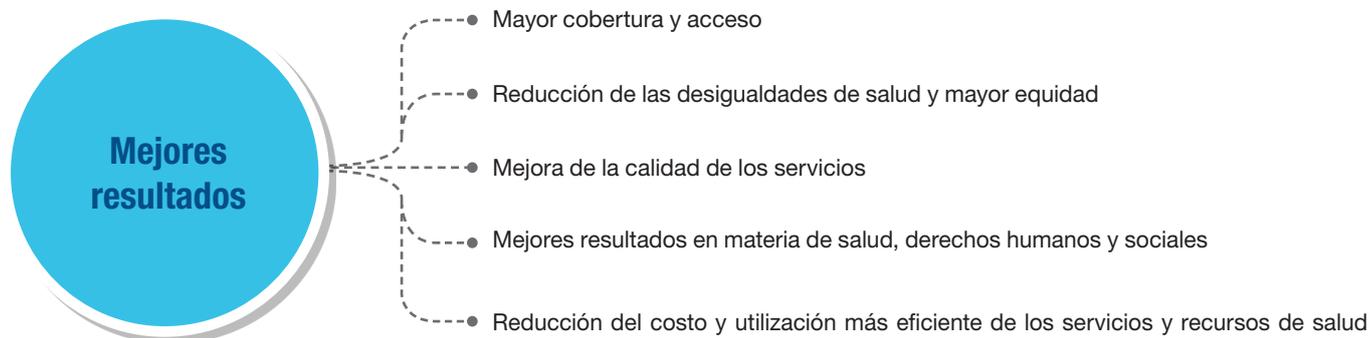
1.1 ANTECEDENTES

Las intervenciones de autocuidado se encuentran entre los enfoques más prometedores e interesantes para mejorar la salud y el bienestar desde el punto de vista de los sistemas de salud y de las personas que las utilizan. Las intervenciones de autocuidado abrigan la promesa de ser buenas para todos y de acercarnos a hacer realidad la cobertura universal de salud. Con ellas, se hace posible aumentar las opciones y la autonomía de los usuarios cuando son accesibles, adecuadas y asequibles. Las personas practican muchas formas de autocuidado; a menudo aprenden de los profesionales de la salud y ellas mismas aplican tratamientos médicos o tradicionales. Esto se ha vuelto especialmente importante para todos y en todas partes, en medio de emergencias de salud mundiales como la pandemia de COVID-19, y adquiere particular relevancia para las personas y comunidades cuya búsqueda de la salud se ve restringida por los costos o el acceso limitado a los establecimientos de salud (1). Por ejemplo, en las zonas rurales del noreste de Tailandia, las mujeres se trataron por sí solas el 80% de los síntomas relacionados con el útero (mot luuk), como el flujo vaginal y el

dolor pélvico, a menudo con pequeñas dosis de antibióticos comprados en los mercados, después de ver anuncios que promocionaban la tetraciclina de marca para dichos síntomas (2). Por lo tanto, es importante contar con una orientación normativa basada en la evidencia, para que las intervenciones de autocuidado de buena calidad les brinden a las personas más oportunidades de tomar decisiones fundadas con respecto a su salud y la atención de esta.

Las intervenciones de autocuidado representan un impulso notable hacia una mayor autodeterminación, autoeficacia, autonomía y participación en la salud, tanto para las personas que se ocupan de sí mismas como para las que se ocupan de otros. Si bien los riesgos y beneficios estimados pueden variar entre los distintos entornos y grupos de población, si hay orientaciones normativas apropiadas, así como un entorno propicio, favorable y seguro, las intervenciones de autocuidado fomentan la participación activa de las personas en el cuidado de su propia salud. Tal como se muestra en la figura 1.1, estas intervenciones son una excelente manera de mejorar los resultados de salud por diversos mecanismos.

FIGURA 1.1. MEJORES RESULTADOS ASOCIADOS A LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO



1.1.1 FUNCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO PARA APOYAR A LOS SISTEMAS DE SALUD

Se prevé que para el 2030 habrá un déficit de 18 millones de trabajadores de salud en todo el mundo (3), y que hoy en día 130 millones de personas, un número sin precedentes, necesitan asistencia frente a las amenazas globales, que incluyen las crisis humanitarias y las pandemias como la de COVID-19. Al menos unos 400 millones de personas en todo el mundo carecen de acceso a los servicios de salud más esenciales y, cada año, unos 100 millones de personas se ven sumidos en la pobreza por los gastos que implica costearse la asistencia de salud (4). Por ello, es necesario encontrar

urgentemente estrategias innovadoras que vayan más allá de las respuestas convencionales del sector de la salud.

Las intervenciones de autocuidado también son pertinentes para las tres áreas del 13.º Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5), como se ilustra en la figura 1.2. La OMS recomienda que se utilicen las intervenciones de autocuidado en todos los países y entornos económicos como un elemento crítico para lograr la cobertura universal de salud, promover la salud, preservar la seguridad mundial y atender a los grupos de población en situación de vulnerabilidad.

FIGURA 1.2. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS Y METAS DE LOS TRES MIL MILLONES DEL 13.º PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO DE LA OMS



1.1.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y OTRAS INICIATIVAS MUNDIALES

Las intervenciones de autocuidado reciben un reconocimiento cada vez mayor en las iniciativas mundiales, incluidas las destinadas a mejorar la atención primaria de salud (6,7). En la Declaración de Astaná se exhorta a la movilización de todas las partes interesadas (profesionales de la salud, académicos e investigadores, pacientes, sociedad civil, asociados locales e internacionales, organismos y fondos, el sector privado, organizaciones religiosas) para centrar sus esfuerzos en torno a los tres elementos principales de la atención primaria de la salud:

1. Satisfacer las necesidades de las personas mediante la prestación de servicios de salud amplios e integrados (incluidos los servicios de promoción, protección, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) en todo el curso de la vida y priorizar la atención primaria de salud y las funciones esenciales de salud pública.
2. Abordar de manera sistemática los determinantes más amplios de la salud (incluidos los factores sociales, económicos y medioambientales, así como las características y los comportamientos individuales) mediante políticas y medidas basadas en la evidencia en todos los sectores.
3. Empoderar a las personas, familias y comunidades para que optimicen su salud al convertirlas en defensoras de las políticas que promueven y protegen la salud y el bienestar, en partícipes de la creación de

servicios de salud y sociales y en cuidadoras de sí mismas y de otros.

En el cuadro 1.1 se exponen algunos ejemplos de iniciativas mundiales en las cuales las intervenciones de autocuidado desempeñan una función importante.

La atención primaria de salud es un componente fundamental de la cobertura universal de salud. Para alcanzarla, se necesitará un cambio de paradigma en la prestación de los servicios de salud, y las intervenciones de autocuidado pueden contribuir de manera considerable a lograr dicho cambio. El autocuidado como parte de la atención primaria de salud es una piedra angular de un sistema de salud sostenible en apoyo de la cobertura universal de salud, que es la meta 3.8 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3): garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

Para ayudar a los países a avanzar hacia la cobertura universal de salud, la OMS ha puesto en marcha el compendio sobre cobertura universal de salud (UHC Compendium), un sitio web y una base de datos sobre servicios de salud e intervenciones intersectoriales (en inglés). Su función es proporcionar una forma estratégica para organizar y presentar la información, y ambos crean un marco para pensar sobre los servicios y las intervenciones de salud (8). La base de datos¹ abarca toda la gama de servicios de promoción de la salud, prevención, reanimación, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, además de una amplia lista de intervenciones intersectoriales, incluido el autocuidado.

¹ Puede consultarse en: <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database>

CUADRO 1.1 EJEMPLOS DE INICIATIVAS MUNDIALES QUE CONTEMPLAN INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

| Iniciativa | Intervenciones | Página web |
|---|---|---|
| Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2013-2020. | Estrategias de autocuidado para mejorar afecciones tales como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes | https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236 |
| Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021 | Autoadministración de pruebas del VIH a fin de mejorar la cobertura de las pruebas para las personas y sus parejas | https://apps.who.int/iris/handle/10665/250574?locale-attribute=es& |
| Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021 | Autorrecolección de muestras para detección de las infecciones de transmisión sexual a fin de mejorar las pruebas y el tratamiento, particularmente de la gonorrea, la sífilis y la clamidiasis | https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-sector-salud-contra-infecciones-transmision-sexual-2016-2021-hacia#:~:text= |
| Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública | Automuestreo para las pruebas de detección del virus del papiloma humano, a fin de alcanzar los objetivos de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino | https://www.who.int/es/publications/m/item/draft-global-strategy-towards-eliminating-cervical-cancer-as-a-public-health-problem |

1.1.3 MEJORA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR

Mediante la promoción de la salud, las personas pueden tener un mejor control de su propia salud. La promoción comprende una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales para abordar y prevenir las causas de fondo de la mala salud, en lugar de centrarse solo en el tratamiento y la curación (9).

La OMS impulsa diversas intervenciones de autocuidado para la promoción de la salud (véase la figura 1.3), tales como la mejora de la nutrición y el ejercicio físico, pero también recomienda que haya elementos facilitadores esenciales que sirvan como base para su promoción, como los conocimientos básicos sobre la salud.

FIGURA 1.3. CONSEJOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

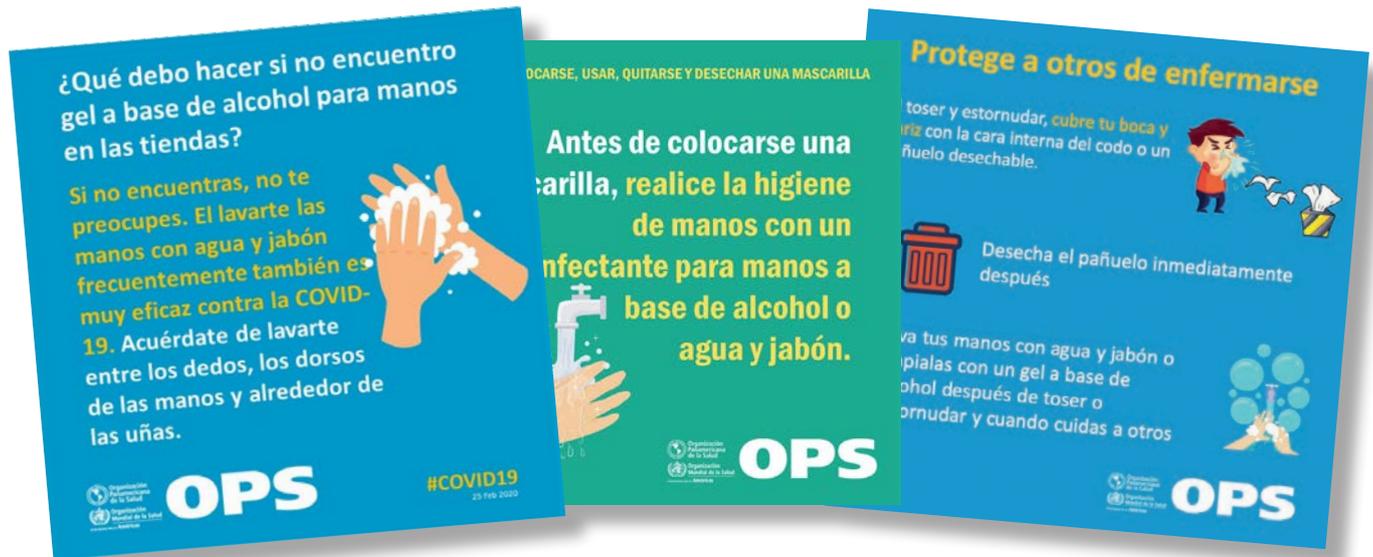


1.1.4 CRISIS HUMANITARIAS

En los entornos afectados por conflictos y crisis humanitarias, el sistema de salud puede verse desbordado rápidamente y, a menudo, se crea una demanda sin precedentes para que las personas y las comunidades gestionen su propia salud. Si las intervenciones de autocuidado de buena calidad se prestan dentro del marco recomendado o en un entorno propicio (como se describe

en el capítulo 2), pueden brindar beneficios a las personas y comunidades. Durante pandemias, tales como la de COVID-19, como parte esencial de los planes de respuesta se han recomendado y se practican a nivel mundial varias medidas de autocuidado, entre ellas el distanciamiento físico, el uso de mascarillas y la higiene apropiada (véase la figura 1.4).

FIGURA 1.4. EJEMPLO DE UNA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO RECOMENDADA POR LA OMS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: LA HIGIENE DE LAS MANOS



Las intervenciones de autocuidado están cambiando la manera en que se percibe, comprende y accede a la atención médica, y se suman a los diversos medicamentos, pruebas de diagnóstico y otras tecnologías disponibles para uso directo por las personas.

1.1.5 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3, relativo a salud y bienestar, el ODS 4, relativo a la educación de calidad, y el ODS 5, relativo a la igualdad de género, adoptan una visión de no dejar a nadie atrás y, al hacerlo, nos piden atender primero a los más rezagados, tanto en términos de cobertura de los servicios esenciales de calidad como de la protección conexas contra los riesgos financieros. Además, el ODS 9, relativo a la industria, la innovación y la infraestructura, y el ODS 12, relativo al consumo y la producción sostenibles,

contemplan la innovación y la sostenibilidad y, en el contexto de las intervenciones de autocuidado, nos obligan a prever un aumento en la elaboración, la distribución y la eliminación de productos para el autocuidado. La gestión de la producción, el consumo y los desechos resultantes deberán ser responsables con el medioambiente. El ODS 10, relativo a la reducción de la desigualdad, tiene particular importancia respecto a los principios clave de ética y derechos humanos que sustentan las presentes directrices y las recomendaciones que contienen. Por último, el ODS 16, relativo a la paz, la justicia y las instituciones sólidas, pone de manifiesto la importancia de la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso a la justicia, todos ellos aspectos fundamentales de un entorno propicio para contar con servicios de salud seguros y efectivos, incluidas las intervenciones de autocuidado. En el recuadro 1.1 se enumeran los ODS y las metas pertinentes para estas directrices.

RECUADRO 1.1. OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE PERTINENTES

ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

- **Meta 3.7:** De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- **Meta 3.8:** Lograr la cobertura universal de salud, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

ODS 4: Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos.

- **Meta 4.5:** De aquí a 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad.
- **Meta 4.6:** De aquí a 2030, asegurar que todos los jóvenes y una proporción considerable de los adultos, tanto hombres como mujeres, estén alfabetizados y tengan nociones elementales de aritmética.

ODS 5: Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

- **Meta 5.6:** Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

ODS 9: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.

- **Meta 9.5:** Aumentar la investigación científica y mejorar la capacidad tecnológica de los sectores industriales de todos los países, en particular los países en desarrollo, entre otras cosas fomentando la innovación y aumentando considerablemente, de aquí a 2030, el número de personas que trabajan en investigación y desarrollo por millón de habitantes y los gastos de los sectores público y privado en investigación y desarrollo.

ODS 10: Reducir la desigualdad en los países y entre ellos.

- **Meta 10.3:** Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.
- **Meta 10.4:** Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad.

ODS 12: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.

- **Meta 12.7:** Promover prácticas de adquisición pública que sean sostenibles, de conformidad con las políticas y prioridades nacionales.
- **Meta 12.a:** Ayudar a los países en desarrollo a fortalecer su capacidad científica y tecnológica para avanzar hacia modalidades de consumo y producción más sostenibles.

ODS 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas.

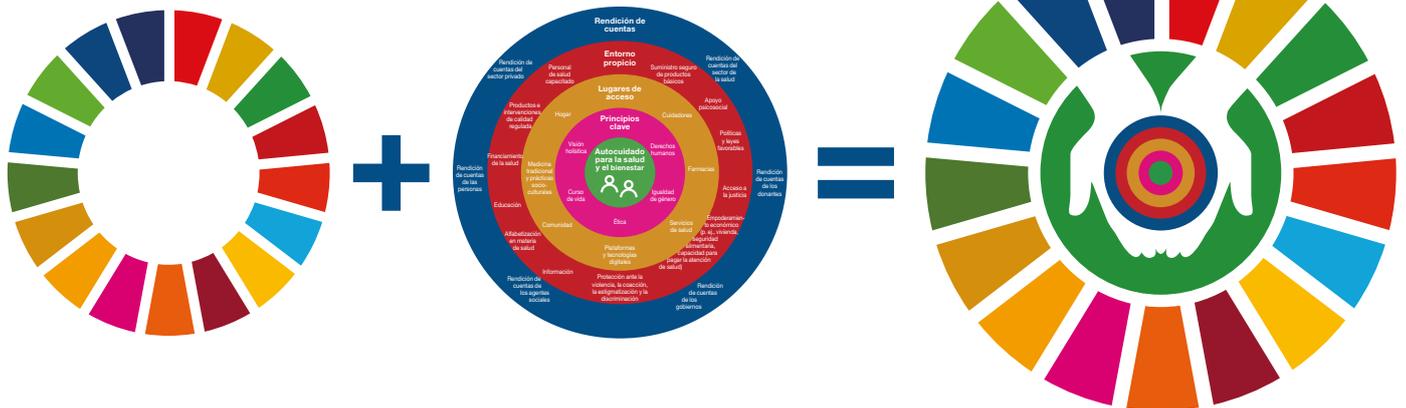
- **Meta 16.6:** Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.

Fuente: Naciones Unidas (10).

El logotipo del autocuidado y los ODS (figura 1.5) se diseñó para promover estas directrices de la OMS y las herramientas conexas de colaboración entre la OMS y las Naciones Unidas con el fin de apoyar la ejecución de las intervenciones de autocuidado para la salud. El enfoque centrado en las personas es inherente al concepto de

autocuidado, y este logotipo simboliza que el poder sobre la salud y el bienestar se está poniendo en las manos de las personas, en su carácter de cuidadoras de sí mismas o de los demás. La imagen abarca todos los elementos de las directrices, reflejados en el marco para las intervenciones de autocuidado (véase el capítulo 2).

FIGURA 1.5. LOGOTIPO DE AUTOCUIDADO DE LA OMS QUE INCORPORA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



1.2 OBJETIVOS

El propósito de estas directrices es brindar orientación normativa basada en la evidencia que permitirá a las personas, comunidades y países verse respaldados por la prestación de servicios de salud e intervenciones de autocuidado de buena calidad que utilicen estrategias de atención primaria de salud, paquetes de servicios esenciales e integrales y atención centrada en las personas.

Los objetivos concretos de las directrices son los siguientes:

- brindar recomendaciones basadas en la evidencia sobre intervenciones de autocuidado claves para la salud pública, incluidas aquellas para promover la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, centradas en los grupos de población subatendidos y los entornos con capacidad y recursos limitados en el sistema de salud;
- brindar declaraciones sobre buenas prácticas sobre cuestiones programáticas, operacionales y de prestación de servicios clave que deben abordarse para promover y aumentar el acceso, la aceptación y el uso seguros y equitativos de las intervenciones de autocuidado, incluso para promover la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos; y
- brindar consideraciones clave sobre temas específicos para orientar los futuros procesos de investigación y de elaboración de directrices.

1.3 EL ENFOQUE DE LAS DIRECTRICES EVOLUTIVAS

En un campo que cambia constantemente, un enfoque de “directrices evolutivas” permite seguir examinando la nueva

evidencia para fundamentar las versiones subsiguientes de las directrices. Estas directrices se actualizarán a menudo, de forma continua, y se publicarán en una plataforma basada en la web, dinámica, fácil de usar y con una navegación sencilla. Las recomendaciones, declaraciones sobre buenas prácticas y consideraciones clave que se presentan en esta publicación tienen como base las directrices publicadas en el 2019 y constituyen un subgrupo de intervenciones de autocuidado prioritarias para la salud. Con el tiempo, en las versiones posteriores, la OMS pretende que estas directrices abarquen gradualmente un conjunto más amplio de intervenciones de autocuidado.

Este enfoque de las directrices evolutivas también facilita actualizar las recomendaciones actuales conforme surja nueva evidencia e incluir otras esferas de la salud que pueden no estar contempladas aún. La orientación futura en materia de intervenciones de autocuidado en otras áreas de la salud se basará a su vez en las herramientas y la orientación ya disponibles. Por ejemplo, un conjunto de la OMS de intervenciones esenciales en materia de enfermedades no transmisibles para la atención primaria de la salud en los entornos de bajos recursos comprende recomendaciones de gran alcance, entre ellas el uso de pruebas autoadministradas y mediciones y el ajuste de las dosis por las propias personas. Estas recomendaciones también señalan la importancia de la educación grupal y de contar con información en línea fácil de usar, válida y fiable.

En la sección 6.3 se ofrecen más detalles sobre el método de las directrices evolutivas.

1.4 DEFINICIÓN DE AUTOCUIDADO E INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

1.4.1 AUTOCUIDADO

El autocuidado se define como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir las enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud (11).

Así pues, el alcance del autocuidado incluye la promoción de la salud; la prevención y el control de las enfermedades; la automedicación; la atención a personas dependientes; la búsqueda de atención de salud primaria, especializada u hospitalaria cuando sea necesario; y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos (12).

Esta definición del autocuidado se basa en una revisión exploratoria de las definiciones del autocuidado realizado por la OMS (véase el anexo 3). Comprende toda una gama de prácticas y estrategias de autocuidado, como se muestra en la figura 1.6.

FIGURA 1.6. EL AUTOCUIDADO EN EL CONTEXTO DE LAS INTERVENCIONES VINCULADAS A LOS SISTEMAS DE SALUD



Fuente: adaptado con permiso de Narasimhan y cols. (13).

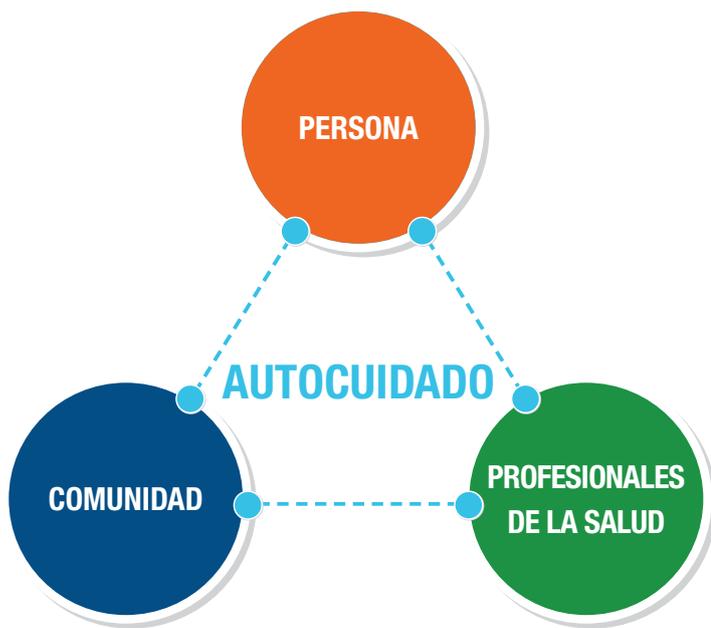
1.4.2 INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

Las intervenciones de autocuidado son las herramientas que apoyan el autocuidado. Entre ellas se incluyen medicamentos, dispositivos, pruebas de diagnóstico e intervenciones digitales de alta calidad y basadas en la evidencia, que se pueden brindar de manera parcial o total fuera de los servicios de atención médica formales y que pueden utilizarse con o sin la supervisión directa del personal de salud.

Las personas pueden conocer bien algunas intervenciones y sentirse cómodas al usarlas por su cuenta desde el principio. En el caso de otras intervenciones, pueden necesitar más orientación y apoyo antes de aceptarlas y utilizarlas por su cuenta. Las intervenciones de autocuidado para la salud cuyo empleo requiere que las inicien o apoyen los profesionales de la salud deben estar vinculadas al sistema de salud y respaldadas por este (véase la figura. 1.6).

Las intervenciones de autocuidado también apoyan un todo continuo de la atención, como se muestra en la figura 1.7, y un enfoque de la salud centrado en las personas. Este continuo de la atención se relaciona con quienes emplean las intervenciones de salud de autocuidado en forma individual, pero también con las personas que cuidan de otras. Las personas pueden elegir estas intervenciones por razones positivas, como la conveniencia, el costo, el empoderamiento o una mayor compatibilidad con sus valores o sus hábitos cotidianos, o bien porque la intervención les brinda las opciones y elecciones deseadas. Sin embargo, también puede haber razones negativas: puede optarse por las intervenciones de autocuidado para evitar el sistema de salud, ya sea por una mala calidad (por ejemplo, la discriminación por parte de los profesionales de la salud) o por la falta de acceso (por ejemplo, en los entornos de crisis humanitarias). Si bien no son ideales en estas situaciones, las intervenciones de autocuidado de la salud cumplen una función particularmente importante, ya que de lo contrario, las personas podrían no tener acceso en absoluto a la atención.

FIGURA 1.7. EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN PARA EL AUTOCUIDADO



1.4.3 CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

En la clasificación de la OMS de las intervenciones de autocuidado se consideran las diferentes formas en que estas se emplean para solucionar las necesidades de las personas y paliar las deficiencias de los sistemas de salud (14). Si bien muchas intervenciones de autocuidado van dirigidas a las personas y los cuidadores y ofrecen medios alternativos para buscar y obtener atención, a menudo operan a un nivel más amplio de los sistemas de salud. Como tal, la clasificación mencionada se centra principalmente en los sistemas de salud y analiza de qué manera pueden aplicarse las intervenciones de autocuidado como estrategias para enfrentar las deficiencias de los sistemas de salud. A su vez, las respuestas del sistema a estas estrategias ayudan a satisfacer las necesidades de autocuidado de las personas, al apoyar y mejorar su salud en forma individual. La citada clasificación, dirigida principalmente a quienes se dedican a la salud pública, proporciona una estructura que tiene como objetivo promover un lenguaje accesible y comprensible para que los investigadores, los responsables de las políticas, los donantes y los planificadores de programas de salud articulen los aspectos funcionales de la ejecución de las intervenciones de autocuidado.

1.5 ALCANCE

1.5.1 ALCANCE DE LAS DIRECTRICES

Sobre la base de las directrices del 2019, en estas directrices se reúnen recomendaciones de la OMS nuevas y en vigor, consideraciones clave y declaraciones sobre buenas prácticas relativas a las intervenciones de autocuidado para la salud. Se refieren ya sea a intervenciones particulares relacionadas con la salud (véase el capítulo 3) o a la forma de crear y mantener un entorno propicio, en particular para los grupos

DETERMINANTES PERSONALES

- Conocimientos
- Alfabetización en materia de salud
- Elecciones diarias (higiene, relaciones sexuales seguras, prevención de riesgos, nutrición y régimen alimentario, equilibrio entre la vida laboral y personal, cumplimiento terapéutico)

DETERMINANTES SITUACIONALES, ECONÓMICOS, EMOCIONALES Y SOCIALES

- Acciones entre pares
- Apoyo
- Asesoramiento
- Participación en las decisiones en materia de salud

DETERMINANTES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

- Reconocer las oportunidades para promover el autocuidado
- Proporcionar materiales escritos o visuales
- Apoyar la elaboración de un plan de acción, calendario o plan de seguimiento conforme aumente la gravedad de la afección
- Promover las herramientas, las intervenciones y la información para una mayor autonomía
- Apoyar a los cuidadores

de población subatendidos (véase el capítulo 4). Las nuevas recomendaciones se centran en las intervenciones de autocuidado que se consideran en transición, de su aplicación por profesionales de la salud que trabajan en establecimientos de salud a su aplicación utilizando el enfoque de autocuidado. En los casos en que hay directrices vigentes de la OMS, se remite a los lectores a esas publicaciones para consultar información adicional, así como a otros instrumentos y documentos pertinentes de la OMS sobre las actividades de sus programas. Todas las recomendaciones nuevas y en vigor contenidas en esta directriz se resumen en los cuadros del resumen ejecutivo y se describen en detalle en los capítulos 3 y 4.

1.5.2 ACCESO, UTILIZACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO PARA LOS GRUPOS DE POBLACIÓN SUBATENDIDOS

En todas las regiones del mundo se presentan inequidades en materia de salud, y las tasas de enfermedad son considerablemente más altas entre las personas y comunidades más pobres y marginadas. Las vulnerabilidades de las personas y las comunidades subatendidas pueden provocar aislamiento social y pobreza y orillar a las personas a vivir en entornos perjudiciales para la salud. No todas las personas y comunidades requieren el mismo nivel de apoyo para tener acceso, utilizar y aceptar las intervenciones de autocuidado. Es importante que haya vínculos estrechos y seguros entre el autocuidado independiente y el acceso a la atención de salud de buena calidad para quienes deseen acceder a ella o la necesiten, a fin de evitar un daño. Si una intervención de autocuidado no constituye una elección positiva, sino que se aplica por temor o por falta de alternativas, se pueden agravar las vulnerabilidades.



Además, no todas las intervenciones se sitúan en el mismo punto entre los propios usuarios y los trabajadores de salud. La utilización y la aceptación de las intervenciones de autocuidado es un proceso, y el traspaso de la responsabilidad —entre la responsabilidad total del usuario y la responsabilidad total del personal de salud (o algún punto intermedio)— también puede modificarse a lo largo del tiempo para cada intervención y en los distintos grupos poblacionales.

Se están realizando consultas oficiosas a nivel regional para examinar la situación actual de las intervenciones de autocuidado a nivel nacional y determinar los factores que facilitarán la adopción de estas directrices.

1.5.3 AUTOCUIDADO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS CONEXOS

En el marco de la definición de la OMS de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (15), la salud sexual y reproductiva aborda tanto la sexualidad y las relaciones sexuales como los procesos y funciones de la reproducción y el aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Es fundamental para la salud y los derechos humanos que se garantice la aplicación plena de las leyes y políticas con un enfoque de derechos humanos mediante programas de salud sexual y reproductiva y derechos conexos. En el cuadro 1.2 se presentan los componentes fundamentales de una perspectiva de derechos humanos para las intervenciones de autocuidado.



CUADRO 1.2. PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS PARA LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

| Normas de derechos humanos | Importancia para las intervenciones de autocuidado en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos |
|--|--|
| El derecho a la salud, incluida la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la información, los bienes y los servicios | La capacidad del usuario para participar en las intervenciones de autocuidado con información y productos disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad es un componente central de la promoción y protección de su derecho a la salud. |
| El derecho a la participación | La participación activa y plenamente informada de las personas en los procesos de toma de decisiones que les afectan se extiende a las cuestiones relacionadas con la salud. |
| El derecho a la igualdad y la no discriminación | Este derecho pone de relieve los desafíos particulares que enfrentan las personas que pueden estar marginadas o sufrir discriminación y estigmatización, y ayuda a garantizar que los marcos regulatorios, leyes, políticas y prácticas pertinentes se ajusten a los principios de los derechos humanos. |
| El derecho a la información | El derecho a la información tiene implicaciones en la forma en que se regula el suministro de información, incluidas las determinaciones sobre dónde recae la responsabilidad por información inexacta o falsa. |
| El derecho a una toma de decisiones fundada | La disponibilidad de información precisa, accesible, clara y fácil de usar, enmarcada en una terminología no discriminatoria, es indispensable para una toma de decisiones fundada en torno a las intervenciones de autocuidado. |
| El derecho a la privacidad y la confidencialidad | Puede ser necesaria una mayor consideración hacia las garantías de privacidad y confidencialidad cuando se accede a intervenciones de autocuidado fuera del sistema de salud. |
| El derecho a la rendición de cuentas | La rendición de cuentas abarca al sector de la salud en su conjunto y la regulación del sector privado, así como el entorno jurídico y de políticas en un sentido más amplio. También contempla un sistema de reparación del daño que promueva el acceso a la justicia en los casos en que se descuiden o se violen los derechos relacionados con las intervenciones de autocuidado. |

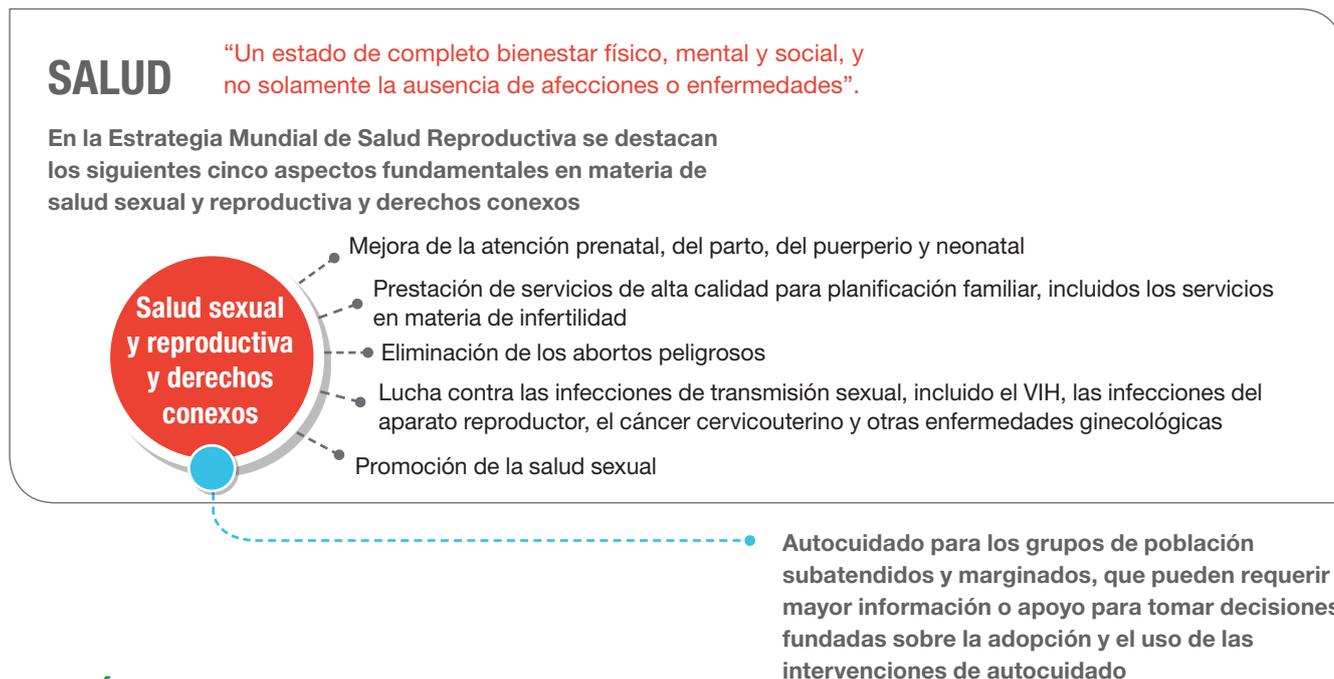
El enfoque integral de la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos aprobado por los Estados Miembros de la OMS en la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva del 2004 abarca cinco áreas básicas (véase la figura 1.8), además de varias áreas transversales, como la violencia de género (16).



Si bien el autocuidado es importante en todos los ámbitos de la salud, adquiere particular importancia, y es particularmente difícil de

gestionar, en el caso de los grupos de población afectados por las dinámicas de género, políticas, culturales y de poder, así como el de las personas subatendidas (por ejemplo, las personas con discapacidades). Esto es cierto con respecto a las intervenciones de autocuidado para la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, ya que muchas personas no pueden ejercer la autonomía sobre su cuerpo y tomar decisiones sobre la sexualidad y la reproducción.

FIGURA 1.8. ALCANCE DE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS CONEXOS



1.6 PÚBLICO DESTINATARIO

Público destinatario principal:

- encargados de la formulación de políticas a nivel nacional e internacional, investigadores, directores de programas, personal de salud (incluidos los farmacéuticos), donantes y organizaciones de la sociedad civil responsables de la toma de decisiones o de brindar asesoramiento sobre la prestación o promoción de las intervenciones de autocuidado.

Público destinatario secundario:

- desarrolladores de productos.

También se espera que estas nuevas directrices apoyen a:

- las personas a quienes atañen las recomendaciones, es decir, las personas que se cuidan a sí mismas y que cuidan a otros.

Las directrices serán más útiles para los programas y servicios de salud en los entornos de bajos recursos, pues en ellos se presentan los mayores desafíos para brindar servicios adaptados a las necesidades y derechos de los grupos

de población subatendidos. No obstante, su contenido es pertinente para todos los entornos y, por ello, deben considerarse de alcance mundial. Al momento de aplicar estas recomendaciones y declaraciones sobre buenas prácticas, pertinentes en todo el mundo, las regiones de la OMS y los países pueden adaptarlas a sus contextos locales, teniendo en cuenta las condiciones económicas y los servicios y establecimientos de salud disponibles.

1.7 VALORES Y PREFERENCIAS

Sobre la base de las mejores prácticas para evaluar los valores y preferencias de los usuarios finales, tal como se aplicaron para elaborar las *Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH*, de la OMS (17), se realizó en línea una encuesta mundial sobre intervenciones de autocuidado. Dicha Encuesta Mundial sobre Valores y Preferencias (GVPS, por su sigla en inglés), disponible en inglés, francés y español, estuvo activa desde octubre del 2020 hasta mayo del 2021.

En total, 1350 personas de 113 países respondieron a la encuesta, entre ellas una proporción de trabajadores de salud (36% de los encuestados). Hubo una buena representación regional: el 26% de los encuestados estaban en África, el 18% en el sur de Asia, el 27% en Europa, el 23% en las Américas y el 13% en el Pacífico occidental. Los encuestados, cuyas edades iban de los 18 a los 70 años, tenían muy diversas características e incluyeron a personas de orientación sexual, identidad y expresión de género diversas (18%), a jóvenes de entre 18 y 29 años (46%) y a personas de 50 años en adelante (16%).

Entre las limitaciones estuvieron que era más probable que la respondieran quienes podían localizarla y acceder a ella en línea, y que solo era comprensible para las personas que podían leer inglés, francés o español. Entre sus puntos fuertes estuvieron la amplia gama de respuestas de todas las regiones del mundo, que proporcionaron una panorámica del acceso diferencial, y las respuestas cualitativas, que pusieron de manifiesto muy diversas perspectivas sobre las intervenciones de autocuidado.

Los resultados de la encuesta se presentaron en la reunión del Grupo de Elaboración de las Directrices. El grupo tuvo en cuenta los resultados de la encuesta durante el proceso de formulación de las nuevas recomendaciones para las presentes directrices, lo mismo que los resultados de las revisiones bibliográficas sobre valores y preferencias

1.8 PROCESO DE ELABORACIÓN Y COMPILACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Las presentes directrices se elaboraron de conformidad con las normas y los requisitos pertinentes de la OMS, con base en el *Manual para la elaboración de directrices*, 2a. edición, y bajo la supervisión del Comité de Examen de Directrices de la propia OMS.

Todas las recomendaciones de las directrices han sido formuladas por el Grupo de Elaboración de las Directrices y facilitadas por la persona experta en metodología de directrices utilizando el método GRADE (Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones, por su sigla en inglés) (19). En el anexo 2, y en particular en el apartado A2.4, se detalla la manera en que se determinó qué temas debían abordarse y qué recomendaciones específicas y declaraciones sobre buenas prácticas debían incluirse.

En cuanto al resto de este documento, en el capítulo 2 se describen las estrategias esenciales para crear y mantener un entorno propicio para el autocuidado. En el capítulo 3 se presentan las recomendaciones y en el capítulo 4, las declaraciones sobre buenas prácticas relacionadas con las consideraciones relativas a la ejecución. El capítulo 5 contiene una lista de las lagunas y prioridades en materia de investigación que requieren más estudio, según las determinó el Grupo de Elaboración de las Directrices. Por último, en el capítulo 6 se describen los planes para la difusión, aplicación, seguimiento y evaluación de las directrices y recomendaciones, así como su actualización.

RECUADRO 1.2 DIRECTRICES EVOLUTIVAS

Estas directrices evolutivas también pueden consultarse en una plataforma en línea con un entorno fácil de utilizar y de navegación sencilla, que permitirá el examen continuo de la evidencia y la información nuevas. La versión interactiva en la web de estas directrices evolutivas está disponible en la siguiente página: <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>.

REFERENCIAS PARA EL CAPÍTULO 1

1. Hardon A, Pell C, Taqueban E, Narasimhan M. Sexual and reproductive self care among women and girls: insights from ethnographic studies. *BMJ*. 2019;365:l1333. doi:10.1136/bmj.l1333.
2. Boonmongkon P, Nichter M, Pylypa J. Mot luuk problems in Northeast Thailand: why women's own health concerns matter as much as disease rates. *Soc Sci Med*. 2001;53:1095–1112. doi:10.1016/S0277-9536(00)00404-4.

3. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf>, consultado el 13 de marzo del 2021).
4. Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses. Washington, D.C., y Ginebra: Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/12/13/world-bank-who-half-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>, consultado el 19 de marzo del 2021).
5. Director General de la Organización Mundial de la Salud. Proyecto del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 (proyecto, 5 de abril). 71.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (A71/4; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-sp.pdf?ua=1, consultado el 24 de mayo del 2021).
6. Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Organización Mundial de la Salud; 2018 (WHO/ HIS/ SDS/2018.61; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328128>, consultado el 13 de marzo del 2021).
7. Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978 (<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>, consultado el 13 de marzo del 2021).
8. UHC Compendium: health interventions for universal health coverage [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>, consultado el 15 de marzo del 2021).
9. Health promotion Q&A [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>, consultado el 15 de marzo del 2021).
10. United Nations Sustainable Development Goals Knowledge Platform [sitio web]. Nueva York (NY): Naciones Unidas (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, consultado el 15 de marzo del 2021).
11. Hatch S, Kickbusch I, editores. Self-help and health in Europe: new approaches in health care. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 1983.
12. Self care for health: a handbook for community health workers and volunteers. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2013 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 13 de marzo del 2021).
13. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self-care interventions to advance health and well-being: developing a conceptual framework to inform normative guidance. BMJ. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.
14. WHO Classification of self-care interventions for health v 1.0. 2021. GRADE (próximo a publicarse).
15. Constitución. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>, consultado el 23 de junio del 2021).
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/69040>, consultado el 13 de marzo del 2021).
17. Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241549998>, consultado el 13 de marzo del 2021).
18. Manual para la elaboración de directrices, 2.a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>, consultado el 21 de abril del 2021).
19. GRADE [sitio web]. The GRADE Working Group; 2016 (<https://www.gradeworkinggroup.org>, consultado el 1 de abril del 2021).

2.

Estrategias esenciales para crear y mantener un entorno propicio para el autocuidado



Sinopsis



Volver al comienzo

En este capítulo se describen los elementos básicos del marco conceptual de la OMS para las intervenciones de autocuidado y su importancia para apoyar la introducción, el acceso, la adopción y la ampliación de las intervenciones de autocuidado.

Enfoque para la salud y el bienestar centrado en las personas p. 17

Principios clave p. 17

Entorno propicio, seguro y favorable p. 19

Características de un entorno propicio p. 22

Lugares para acceder a las intervenciones de autocuidado o prestarlas p. 24

Rendición de cuentas p. 24

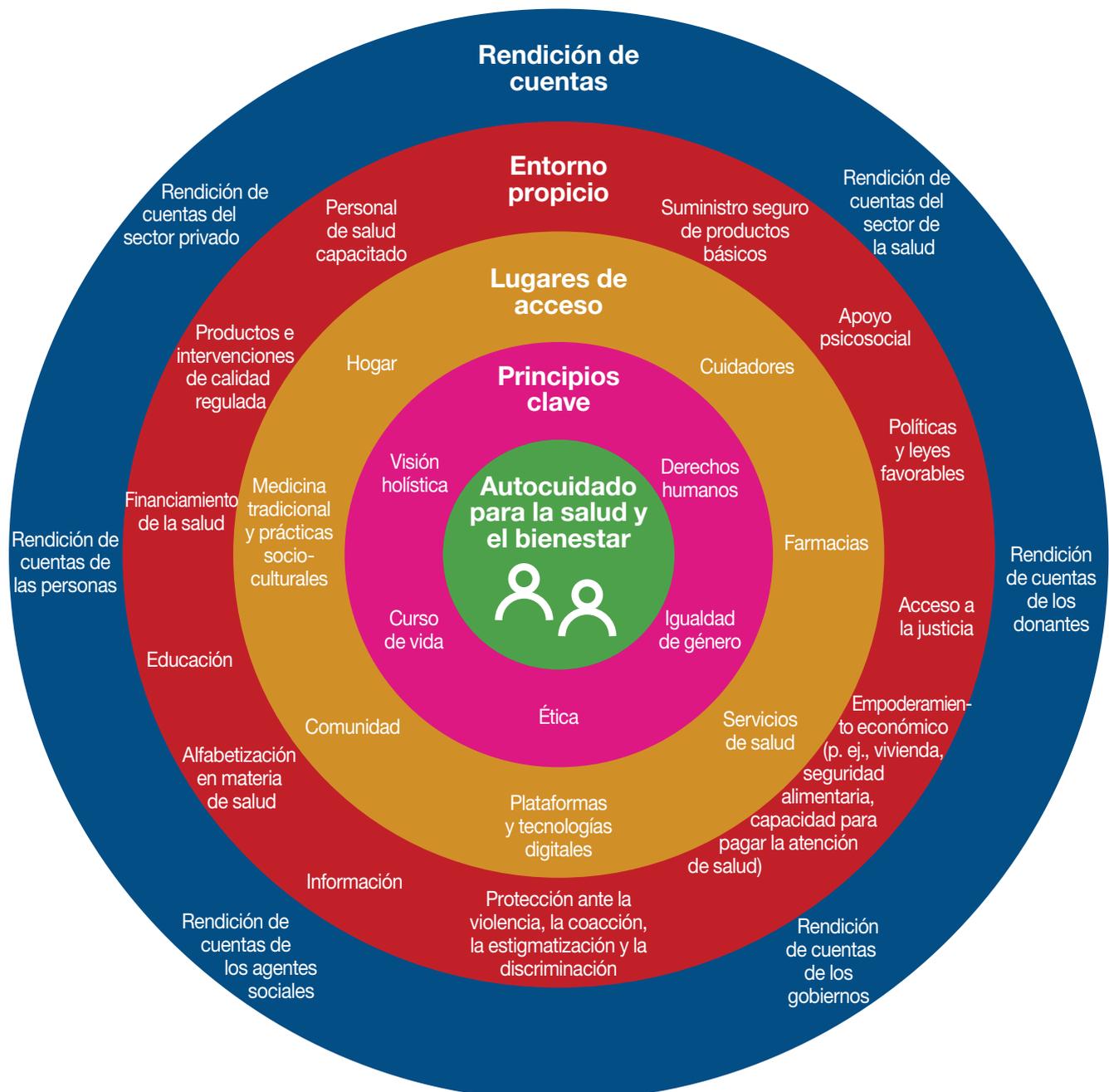


2.1 ANTECEDENTES

Garantizar un entorno seguro y apropiado en el que puedan ponerse en marcha las intervenciones de autocuidado es fundamental para cualquier estrategia que pretenda introducir o ampliar estas intervenciones. Para ello, las estrategias se deben basar en el perfil de los posibles usuarios, en los servicios disponibles para ellos, en el entorno jurídico y de políticas más amplio, así como en los apoyos y obstáculos estructurales. El marco conceptual en el que se sustentan estas directrices está ideado para llamar la atención sistemáticamente hacia las áreas que son indispensables para crear y mantener un entorno propicio para el autocuidado, a fin de que las intervenciones de autocuidado lleguen a los usuarios con todos los frenos y contrapesos necesarios para apoyar sus derechos y necesidades.

En el marco conceptual que se presenta en la figura 2.1 se ilustran los elementos principales del enfoque centrado en las personas y del enfoque basado en los sistemas de salud, que pueden apoyar la introducción, la aceptación y la ampliación de las intervenciones de autocuidado para la salud (1). El enfoque de la salud y el bienestar centrado en las personas se encuentra en el centro de este marco (círculo verde) y está sustentado por los principios clave (anillo rosa). A continuación, el marco muestra los principales lugares de acceso y prestación de las intervenciones de autocuidado (anillo amarillo), los elementos clave de un entorno propicio, seguro y favorable (anillo rojo) y la rendición de cuentas en diferentes niveles (anillo azul).

FIGURA 2.1. MARCO CONCEPTUAL PARA LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO



Fuente: adaptado con permiso de Narasimhan y cols. (doi:10.1136/bmj.l688)..

2.2 ENFOQUE PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR CENTRADO EN LAS PERSONAS



Estas directrices promueven y se fundamentan en un enfoque de la salud y el bienestar fortalecido, integral y centrado en las personas, que incorpora la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos y las enfermedades no transmisibles. Centrarse en las personas significa adoptar una visión integral del cuidado de cada persona y tener en cuenta el entorno en el que vive y sus circunstancias, necesidades y deseos individuales a lo largo de todo el curso de la vida. Los servicios de salud centrados en las personas se prestan con un enfoque de la atención de salud que adopta conscientemente las perspectivas de las personas, las familias y las comunidades.



Un enfoque centrado en las personas (2, 3):

- concibe a las personas como participantes activas y beneficiarias de unos sistemas de salud que generan confianza y que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística;
- hace hincapié en la promoción de la igualdad de género como un elemento central para el logro de la salud para todos y promueve servicios de salud transformadores en materia de género, que examinan las normas de género perjudiciales y apoyan la igualdad de género;
- garantiza que se empodere a las personas, mediante la educación y el apoyo, para tomar y ejecutar decisiones en todos los aspectos de sus vidas, incluidas la sexualidad y la reproducción;
- demanda estrategias que promuevan la participación de las personas en la atención de su propia salud;
- reconoce las fortalezas de las personas como agentes activos en relación con su salud y no simplemente como receptores pasivos de los servicios de salud; y
- se organiza en torno a las necesidades y prioridades de salud de las propias personas, más que en la atención el control de las enfermedades.

El marco para los servicios de salud integrados y centrados en las personas exige un cambio de fondo en la manera de financiar, gestionar y prestar los servicios de salud (2). La visión del marco es que “todas las personas tengan un acceso igual a servicios de salud de calidad que se coproduzcan de una manera que satisfaga sus necesidades durante todo el curso de vida, se coordinen en todo el continuo de atención y sean integrales, seguros, eficaces, oportunos, eficientes y aceptables; y que todos los cuidadores estén motivados y capacitados y actúen en un entorno favorable” (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda ejecutar cinco estrategias interrelacionadas para conformar el marco. Al aplicar este enfoque es posible crear servicios de

salud sólidos y resilientes, que son fundamentales para avanzar hacia la cobertura universal de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2).

2.3 PRINCIPIOS CLAVE

Considerar de manera sistemática los principios clave esbozados en esta sección, en el contexto de un sistema de salud que funcione bien y un entorno propicio, seguro y favorable, contribuirá a una mejor salud para todos en la prestación de las intervenciones de autocuidado. Los principios clave de estas directrices tienen la finalidad de llamar la atención sistemáticamente hacia las principales áreas de interés, con objeto de sustentar las medidas que podrían aminorar los efectos negativos y promover un sistema de salud favorable y receptivo y un entorno propicio más amplio.

2.3.1 VISIÓN HOLÍSTICA

Una visión holística de la salud abarca aspectos que van más allá del simple acceso a las intervenciones biomédicas y su aceptación. Adoptar un enfoque holístico de la salud significa trabajar en múltiples niveles, desde el individuo, la familia y la comunidad hasta el sistema de salud en su conjunto y el entorno general propicio. De esta manera, no solo se consideran todos los aspectos de la salud de la persona, sino también los diferentes elementos del entorno en el que vive, todo lo cual influye en la salud del individuo y su búsqueda de atención.

Dentro de un enfoque centrado en las personas, una visión holística de la salud exige que se preste atención más allá de una enfermedad o afección en particular. La salud está interrelacionada con la naturaleza y la crianza y evoluciona con el tiempo, por lo que garantizar un enfoque holístico de la misma puede reflejar mejor sus elementos complejos y dinámicos (4). Así pues, una visión holística de las intervenciones de autocuidado es pertinente para muy diversos temas de salud, entre ellos la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la salud mental.

2.3.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética de la salud agrega la dimensión de las consideraciones orientadas hacia los valores, como la equidad y su repercusión en la prestación de atención médica para los grupos de población subatendidos. Contar con un marco ético hace hincapié en el bienestar y no solo en la ausencia de enfermedades. Un marco ético nos ayuda a comprender mejor cómo la autonomía del usuario podría promover o cuestionar una o varias dimensiones del bienestar. Nos permite evaluar, por ejemplo, los criterios sobre la capacidad de las personas para tomar decisiones en materia de salud o para utilizar una intervención de autocuidado (5).

Todas las decisiones sobre las intervenciones de autocuidado deben tomarse desde una perspectiva ética y estar respaldadas por los principios de justicia y equidad (6). Esto incluye el respeto hacia la ética médica dentro de los servicios de salud pero va más allá, hasta velar por un enfoque ético en cualquier punto de acceso a las intervenciones de autocuidado fuera del sistema de salud. El entorno propicio para apoyar la introducción de las intervenciones de autocuidado debe ser ético, al cerciorarse de que en la atención médica se optimice la relación riesgo-beneficio en todas las intervenciones, se respeten los derechos de las personas a tomar decisiones autónomas y fundadas, se salvaguarde la privacidad, se proteja a los más subatendidos y se garantice una distribución equitativa de los recursos.

2.3.3 ENFOQUE DEL CURSO DE VIDA



Las condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida de las personas moldean los resultados en materia de salud, el riesgo de enfermedad, el comportamiento y las necesidades de búsqueda de atención para la salud, e influyen en el uso y la aceptación de las intervenciones de autocuidado por parte de los individuos (6). Las personas sanas a menudo mantienen su salud y bienestar en el hogar y establecen o restablecen el contacto con el sistema de salud en etapas definidas de la vida. Las intervenciones de autocuidado deben satisfacer las necesidades y aspiraciones de salud de los posibles usuarios a lo largo de toda la vida. Por ello, hay que considerar las necesidades de los diferentes grupos etarios y tener en cuenta las necesidades y prioridades de las personas en materia de salud a lo largo del tiempo, para el acceso y el uso de las intervenciones de autocuidado.



Entre los beneficios de adoptar un enfoque del curso de vida están una mayor eficiencia en la prestación de los servicios, menores costos globales, mayor equidad en la aceptación de los servicios, mejor alfabetización en materia de salud y autocuidado, mayor satisfacción con la atención, mejores relaciones entre los pacientes y los trabajadores de salud y una mejor capacidad para responder ante las crisis de atención de la salud. Como cada etapa de la vida de una persona influye en la siguiente, es importante utilizar intervenciones de autocuidado en todas las etapas (7).



2.3.4 ENFOQUES DE DERECHOS HUMANOS E IGUALDAD DE GÉNERO

La base para asegurar la dignidad y el bienestar de las personas radica en un enfoque integrado, fundamentado en los derechos humanos y los principios de igualdad de género. Las leyes, las políticas y las intervenciones deben abordar las desigualdades de género, incluidas las normas y estereotipos

de género perjudiciales, las desigualdades del poder en las relaciones íntimas y la relativa falta de acceso y control de los recursos por parte de las mujeres y las personas de género diverso. Todas estas desigualdades exacerban la vulnerabilidad de las personas, afectan su acceso a los servicios de salud y su experiencia en ellos y crean obstáculos que les impiden



ejercer plenamente sus derechos en materia de salud. Promover la igualdad de género es crucial para facilitar el acceso a las intervenciones de autocuidado para todas las personas a quienes puedan serles útiles.



La protección de los derechos humanos es fundamental para estas directrices. Los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva abarcan el derecho de todas las personas a tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia; el derecho a recibir información sobre el método seguro, eficaz, asequible y aceptable de regulación de la fertilidad de su elección y tener acceso a él; y el derecho de acceder a los servicios de salud apropiados que les permitan a las personas experimentar un embarazo y un parto seguros y les brinden a estas y a sus parejas la mejor probabilidad de tener un bebé sano (6).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha definido el derecho a la salud sexual y reproductiva como “una parte integral del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. Afirma que el derecho a la salud sexual y reproductiva entraña un conjunto de derechos, entre ellos el acceso irrestricto a una gama completa de establecimientos, bienes, servicios e información de salud (8). Estos derechos les garantizan a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva en virtud del artículo 12. El respeto a la dignidad individual y a la integridad física y mental implica darle a cada persona la oportunidad de tomar decisiones reproductivas autónomas (9–11). El principio de autonomía, expresado mediante la toma de decisiones libre, plena y fundada,



es un tema central en la ética médica y está incorporado en las leyes en materia de derechos humanos (12). Esto adquiere particular importancia en el contexto de las intervenciones de autocuidado, ya que las personas pueden confiar más en la información disponible públicamente que en los profesionales de la salud para tomar decisiones apropiadas al seleccionar y utilizar las intervenciones de autocuidado. Además, en el artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se establece que toda persona tiene derecho a “participar en el progreso científico y sus beneficios” libremente (13).

En el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 se destacaron los aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva en un marco de derechos humanos (14). Los derechos reproductivos se definieron de la siguiente manera.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluyen su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (14, inciso 7.3).

Desde entonces, las normas y la jurisprudencia internacionales y regionales en materia de derechos humanos relativas a la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos han evolucionado considerablemente. Hay un consenso cada vez mayor de que la salud sexual y reproductiva no puede lograrse y mantenerse sin el respeto y la protección de ciertos derechos humanos. Los derechos sexuales consisten en la aplicación de los derechos humanos vigentes a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva. Los derechos sexuales protegen los derechos de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual y reproductiva, con el debido respeto a los derechos de los demás y en un marco de protección contra la discriminación (15).



La OMS ha reconocido que ciertos derechos humanos son particularmente inherentes a la promoción y protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (16). Como tales, estos derechos humanos se aplican de igual manera a las intervenciones de autocuidado relacionadas con la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos. En el cuadro 1.2 del capítulo 1, centrado

en el usuario, se describe la pertinencia de estas normas de derechos humanos para la adopción y prestación de intervenciones de autocuidado. Dichas normas y principios de derechos humanos son fundamentales para garantizar el despliegue adecuado de las intervenciones de autocuidado (17). Los resultados en términos de salud sexual y reproductiva y derechos conexos no son iguales para las personas de todo el mundo, ni entre los países ni dentro de ellos. Muchas de estas disparidades, que se originan en los determinantes sociales subyacentes, son evitables e inaceptables (18).

2.4 ENTORNO PROPICIO, SEGURO Y FAVORABLE

Un entorno propicio, seguro y favorable es esencial para facilitar el acceso a los productos e intervenciones que puedan mejorar la salud y el bienestar de los grupos de población subatendidos y marginados, así como para aumentar su aceptación. Por lo tanto, para la introducción y la ampliación exitosas de las intervenciones de autocuidado hace falta una atención sistemática a todos los aspectos del sistema de salud y al entorno más amplio dentro del cual se prestan las intervenciones de autocuidado (6).

Las intervenciones de autocuidado deben ser un complemento de la interacción directa con el sistema de salud, no un sustituto de esta, para lo cual puede ser necesario reconceptualizar los límites del sistema de salud. Las experiencias de los usuarios con las intervenciones de autocuidado están moldeadas en parte por el sistema de salud. Para que las intervenciones de autocuidado sean seguras y eficaces, y para que abarquen a las personas que podrían no tener acceso a la atención de salud, tal vez requieran más apoyo del sistema de salud y no menos (17). A partir del marco de la OMS para los sistemas de salud (19), es necesario adaptar todos los componentes básicos de dichos sistemas, a fin de que sean adecuados para las intervenciones eficaces de autocuidado (véase la figura 2.2).

FIGURA 2.2. MARCO DE LA OMS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD



Fuente: OMS (19).

Además, habrá que acercarse más a las comunidades con el objeto de que las personas tengan información adecuada sobre las intervenciones de autocuidado, para que tomen decisiones fundadas al usarlas y soliciten el apoyo de los trabajadores de salud cuando haga falta. Esto se explora más a fondo en la sección 2.4.7, en la que se sitúa a los posibles usuarios de las intervenciones de autocuidado en el centro de todas las consideraciones sobre cómo tendría que responder el sistema de salud.

2.4.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La prestación de servicios es una función directa de los aportes que se hacen al sistema de salud, como el personal de salud, las adquisiciones o suministros y el financiamiento. Incrementar los aportes debería llevar a una mejor prestación de servicios y a un mayor acceso a ellos. Una función primordial de los sistemas de salud es la de garantizar la disponibilidad y el acceso a servicios de salud que satisfagan las normas mínimas de calidad o las superen (20). Los servicios se organizan en torno a las necesidades y preferencias de la persona, no a la enfermedad ni a la capacidad de pago de la persona. Los usuarios perciben que los servicios de salud son receptivos y aceptables para ellos o no, y esto promueve un enfoque en el que las personas son participantes activos en la atención de su propia salud. La prestación de servicios está organizada para proporcionar a cada individuo una continuidad de la atención en toda la red de servicios y niveles de atención, para todas las afecciones y durante todo el curso de vida.

2.4.2 PERSONAL DE SALUD

El marco mundial de la OMS de competencias y resultados para la cobertura universal de salud es pertinente para la prestación de intervenciones de salud en los diversos servicios de promoción, protección, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; los trabajadores de salud a nivel de la atención primaria pueden utilizarlo con una capacitación de 12 a 48 meses antes de iniciar sus servicios (21). Este marco se centra en las competencias (conocimientos, habilidades y comportamientos integrados) necesarias para prestar las intervenciones, y es pertinente tanto para la instrucción y la formación antes del servicio como durante el mismo. A fin de aumentar al máximo las oportunidades para promover y facilitar las intervenciones de autocuidado, es importante que en la capacitación de los trabajadores de salud se incorporen la comunicación que permita la toma de decisiones fundadas; la clarificación de los valores; la práctica colaborativa; y los enfoques empáticos y compasivos de la atención (21).



La prestación de atención y servicios de salud debe llevarse a cabo de una manera centrada en las personas y sin prejuicios, que permita que todas las personas dispuestas y capaces para ello encabecen la toma de decisiones fundadas y respaldadas sobre su propia atención. Las intervenciones de autocuidado, incluso si se accede a ellas

y se utilizan fuera de los servicios de salud, exigen cierta relación con el sistema de salud; por consiguiente, es fundamental que las actitudes y comportamientos de los profesionales de la salud sean inclusivos y no estigmatizantes y promuevan la seguridad, incluidas la seguridad y la igualdad de los pacientes. Los trabajadores de salud y los directores de los



establecimientos de salud, ya sea en el sector público o en el privado, son responsables de que los servicios se presten adecuadamente y de que se cumpla con las normas basadas en la ética profesional y en los principios de derechos humanos reconocidos a nivel internacional. Los trabajadores de salud y los servicios de salud deben aceptar la función que las personas asumen cuando practican intervenciones de autocuidado iniciadas fuera del sistema de salud, y reconocer el autocuidado al formular y apoyar un plan holístico de gestión de la salud.

2.4.3 INFORMACIÓN

La información y los servicios de salud deben estar disponibles y accesibles en el momento y lugar en que se necesitan, y también deben ser aceptables y de alta calidad (6). Dado que hay intervenciones de autocuidado que se practican fuera del sistema de salud, los posibles usuarios deben tener acceso a información fiable, útil y de calidad, acorde con las necesidades de la persona y de la comunidad. Las imágenes y otros materiales visuales son útiles para superar los obstáculos lingüísticos y las brechas en los conocimientos básicos sobre la salud. Los teléfonos celulares, las tabletas y otras tecnologías de la información y las comunicaciones ofrecen nuevas oportunidades para difundir la información de salud.

Los trabajadores de salud deben tener acceso a la información de salud y emplearla para abordar tanto los aspectos clínicos del autocuidado como los no clínicos. La información debe ser fiable y precisa, además de fidedigna para las personas, que se basan en ella para la toma de decisiones fundadas con respecto a su salud y bienestar y a sus interacciones con el sistema de salud. Por ejemplo, los folletos de información para el paciente son un requisito legal en muchos países, y deben elaborarse de modo que los pacientes puedan tomar decisiones fundadas sobre el uso seguro y eficaz de los productos e intervenciones que se describen en ellos. Para capturar la información sobre las intervenciones de autocuidado puede ser necesario ampliar los sistemas de información sobre gestión de la salud más allá de los límites habituales del sistema de salud.

2.4.4 PRODUCTOS MÉDICOS, VACUNAS Y TECNOLOGÍAS

La secuencia de procesos para garantizar el acceso a productos médicos, vacunas y tecnologías adecuados y seguros incluye la regulación, la evaluación y la gestión

de las tecnologías sanitarias (véase la figura 2.3) (22). Las autoridades regulatorias nacionales (es decir, el gobierno) determinan qué productos médicos, vacunas y tecnologías pueden entrar al mercado local. La disponibilidad de todos los productos médicos y tecnologías necesarios permite la prestación ininterrumpida de los servicios y la ejecución de las intervenciones; esto incluye los suministros a los que se puede

acceder por fuera de los servicios de salud convencionales (por ejemplo, mediante las farmacias o en línea). Aunque es probable que la mayoría de las intervenciones de autocuidado se utilicen fuera del entorno de atención de salud, debe regularse adecuadamente la calidad de los productos y las tecnologías (véase la sección 2.4.6).

FIGURA 2.3. PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO A INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO ADECUADAS, SEGURAS Y DE CALIDAD



Fuente: adaptado de OMS (23).

La seguridad en el suministro de productos básicos para la salud reproductiva se logra cuando todas las personas pueden elegir, obtener y utilizar los anticonceptivos y otros productos esenciales de salud reproductiva de calidad siempre que los necesitan. Conforme aumenta la demanda de suministros de salud reproductiva, los países se ven sometidos a una presión cada vez mayor para establecer y mantener sistemas seguros para adquirir suministros de salud reproductiva y gestionar su distribución. Para lograr esta seguridad hace falta planificar, poner en marcha, supervisar y evaluar los procesos de la cadena de suministro a nivel programático. También exige una promoción más amplia de las políticas, la gestión de los problemas relativos a las adquisiciones, la formulación de estrategias de cálculo de costos, la coordinación multisectorial y el análisis de las consideraciones contextuales. Impulsar y fortalecer la capacidad de los países en materia de seguridad en el suministro de productos básicos para la salud reproductiva es un paso esencial para evitar la escasez de estos productos indispensables (24).

2.4.5 FINANCIAMIENTO



El empleo de métodos y tecnologías de autocuidado para prestar ciertas intervenciones de atención de salud podría influir en a) cuánto pagan las sociedades por prestar estas intervenciones (y lograr los resultados de salud derivados), b) quién paga por ellas y c) quién accede a ellas (25). Se deben reconocer las asignaciones presupuestarias y las estrategias de financiamiento por su trascendencia en la creación del entorno propicio para que las personas utilicen las intervenciones de autocuidado a fin de

lograr buenos resultados de salud, lo que contribuye a la cobertura universal de salud y promueve la prestación de servicios costoeficaces. Los sistemas de salud también deben considerar los posibles ahorros derivados de un diagnóstico y un tratamiento más tempranos gracias al autocuidado y contemplarlos en la ecuación financiera.

2.4.6 LIDERAZGO Y GOBERNANZA: EL ENTORNO REGULATORIO

Habida cuenta de que las intervenciones de autocuidado abarcan muchos productos y lugares de acceso diferentes, es necesario regular a una amplia gama de actores. Es probable que, a medida que las intervenciones de autocuidado estén cada vez más disponibles a través del sector privado y en línea, los proveedores informales o no regulados puedan ofrecer productos cuya calidad, seguridad y desempeño se desconocen (26). La regulación es fundamental en este contexto, y es indispensable que se logre un equilibrio entre garantizar la calidad y la seguridad y garantizar el acceso. También es importante reconocer y corregir las tendencias y distorsiones indeseables, es decir, los efectos negativos o los usos no previstos de las intervenciones de autocuidado. Asimismo, el sistema tiene la función de detectar y evitar la proliferación de productos falsificados. Por último, deben establecerse mecanismos de rendición de cuentas transparentes, accesibles y eficaces; estos pueden funcionar junto con otros mecanismos de responsabilidad social, pero es preciso que haya vías para el resarcimiento, la reparación del daño y el acceso a la justicia a través del sistema de salud (27, 28).

2.4.7 VÍNCULOS ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS COMUNIDADES



Con objeto de garantizar la prestación segura y eficaz de intervenciones de autocuidado, se deben establecer mecanismos para superar los obstáculos, tanto para la aceptación y el uso de los servicios como para una relación sostenida con el sistema de salud. Dichos obstáculos se presentan a nivel individual, interpersonal, comunitario y social. Entre otros pueden mencionarse la exclusión social y la marginación, la criminalización, la estigmatización, la violencia de género y la desigualdad de género.

Hacen falta estrategias en todos los componentes que integran el sistema de salud (véase la figura 2.2) para mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad, aceptación, cobertura equitativa, calidad, eficacia y eficiencia de las intervenciones de autocuidado, así como los vínculos con los servicios. Si no se resuelven los obstáculos que impiden esas mejoras, podrían socavar la salud, incluso cuando se cuente con intervenciones de autocuidado; eliminarlos es fundamental al crear un entorno propicio para las intervenciones de autocuidado.

En el contexto de las intervenciones de autocuidado, los puentes entre los sistemas de salud y las comunidades adquieren

especial importancia para garantizar un uso seguro, fundado y apropiado de las intervenciones. Lo anterior comprende la divulgación, para informar sobre las opciones convencionales disponibles y sobre las intervenciones de autocuidado, así como las formas y lugares para solicitar apoyo de los servicios de salud cuando sea necesario; es importante la divulgación a las comunidades que quizá desconozcan los nuevos avances tecnológicos en materia de productos para el autocuidado.

2.5 CARACTERÍSTICAS DE UN ENTORNO PROPICIO

El entorno que rodea al sistema de salud y a la persona desempeña una función crucial en el acceso y uso de los servicios de salud por parte de la persona, así como en sus resultados en materia de salud (véase la figura 2.4). Por ejemplo, está bien documentada la importancia de los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, que se refleja en las leyes, las disposiciones institucionales y las prácticas sociales que les impiden a las personas disfrutar efectivamente de ellos (9). El entorno propicio es particularmente relevante para las intervenciones de autocuidado, ya que en su mayoría se accede a ellas o se utilizan fuera de los servicios de salud formales. Por tal razón, este entorno debe favorecer que la salud y el bienestar se vuelvan realidad.

FIGURA 2.4. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO PROPICIO QUE INFLUYEN EN LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO



2.5.1 ACCESO A LA JUSTICIA

Se necesitan políticas y procedimientos para que todas las personas puedan, de manera segura, notificar las violaciones de sus derechos (como la discriminación, las violaciones de la confidencialidad médica y la denegación de servicios de salud), solicitar la reparación del daño y evitar que se repitan. Los

programas deben facilitar el mismo nivel de acceso a la justicia para las personas que utilizan intervenciones de autocuidado. Las principales consideraciones al facilitar el acceso a la justicia deben ser la seguridad, la confidencialidad y el respeto a la elección y la autonomía del individuo que desea denunciar o no la violación de sus derechos. Los usuarios deben poder acceder

a un sistema funcional de reparación del daño. En el caso de las violaciones de los derechos (por ejemplo, la discriminación), un sistema así proporciona una forma de buscar la reparación jurídica, mediante la cual los usuarios pueden hacer responsables de sus acciones u omisiones a quienes tienen la obligación de respetar esos derechos, incluidos los profesionales de la salud. El sistema también podría ofrecer otras formas de reparación del daño y rendición de cuentas, ya que los sistemas jurídicos formales pueden representar un obstáculo para las personas que buscan la reparación del daño y pretenden evitar un mayor perjuicio. Cuando corresponda,



los trabajadores de salud pueden facilitar el acceso a la justicia, al ofrecer su apoyo a los usuarios que desean denunciar ante la policía las violaciones de sus derechos. El acceso a la justicia, la reparación del daño y la prevención de nuevos daños pueden adoptar diferentes formas, en particular para las comunidades y las personas que se enfrentan a la marginación y la criminalización.

2.5.2 EMPODERAMIENTO ECONÓMICO

La inseguridad de los medios de subsistencia, la pobreza y la falta de recursos para satisfacer las necesidades y los gastos básicos contribuyen a una mayor vulnerabilidad y a resultados de salud negativos. Las vulnerabilidades socioeconómicas pueden dificultar que las personas ejerzan sus derechos humanos, como en aquellas situaciones en que dependen de una pareja violenta o abusiva o de relaciones sexuales remuneradas para satisfacer sus propias necesidades básicas o las de las personas a su cargo. Hay un riesgo de que las



intervenciones de autocuidado trasladen los costos de la atención del sistema de salud al usuario (véase la sección 2.4.5), lo que podría exacerbar las desigualdades de acceso. Por tal razón, las intervenciones centradas en el empoderamiento económico, la reducción de la pobreza y el acceso a los recursos, como la vivienda y el apoyo alimentario, tienen posibilidades de mejorar el acceso a la atención y los resultados en materia de salud para todos.

2.5.3 EDUCACIÓN

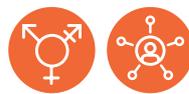
La educación, en particular la educación secundaria, es importante para empoderar a las personas con respecto a su salud y bienestar; una y otra vez se ha observado que se relaciona con una mejora en muchos resultados de salud, así como con un mayor conocimiento de cómo mantener una buena salud (29, 30). Por ejemplo, está bien demostrado el papel central de la educación integral en sexualidad en el empoderamiento de los jóvenes para que tomen decisiones responsables y fundadas sobre su sexualidad y sus relaciones de pareja (31). Brindar a todos el acceso a la educación, incluida la educación integral en sexualidad, impulsará la toma de

decisiones fundadas sobre la búsqueda de atención de salud y las intervenciones de autocuidado.

2.5.4 PROTECCIÓN ANTE LA VIOLENCIA, LA COACCIÓN, LA ESTIGMATIZACIÓN Y LA DISCRIMINACIÓN

La violencia puede adoptar diversas formas, como la agresión física, el contacto sexual forzado o bajo coacción, el abuso psicológico y los comportamientos dominantes por parte de la pareja o el compañero íntimo (32). Muchos factores estructurales influyen en la vulnerabilidad ante la violencia, entre ellos las leyes discriminatorias o excesivamente duras y las prácticas policiales, así como las normas culturales y sociales que legitiman la estigmatización y la discriminación (32, 33). La violencia puede minar la capacidad de las personas para adoptar y poner en práctica decisiones que promuevan su salud en el ámbito de la vida sexual y reproductiva, o para acceder y utilizar los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que incluye las intervenciones de autocuidado. Además, las repercusiones psicológicas negativas de la violencia pueden inhibir el autocuidado (34).

Cuando se utilizan las intervenciones de autocuidado, se deben tener en cuenta y mitigar los riesgos de violencia que puedan estar afrontando las personas. En las medidas para abordar la violencia en este contexto deben participar otros sectores junto con el sector de la salud. Si bien las medidas apropiadas en torno a la violencia podrían mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos para todos, se debe prestar especial atención a las personas más vulnerables a la estigmatización, la exclusión y la violencia, como las personas con infección por el VIH, transgénero y de género diverso, sexualmente diversas, que usan drogas o que se dedican al trabajo sexual.



La estigmatización y la discriminación, tanto explícitos como implícitos, pueden crear obstáculos para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, con graves implicaciones para la búsqueda de atención de salud y los resultados consiguientes. Esto es particularmente cierto para determinados servicios de este ámbito, como el aborto, y determinados grupos de población, como adolescentes, personas transgénero y de género diverso y personas con discapacidades. La protección contra la estigmatización y la discriminación es una parte fundamental del entorno propicio para las intervenciones de autocuidado, a fin de brindar un acceso equitativo a los servicios a todas las personas que los requieran, sin temor a represalias por solicitar información o por acudir a los servicios de salud. Para ello puede ser necesaria una intervención en varios niveles, desde los individuos hasta las comunidades y las personas que trabajan en los establecimientos y servicios de salud.

2.5.5 APOYO PSICOSOCIAL

El apoyo psicosocial temprano, adecuado y personalizado (véase la definición en el anexo 4) ayuda a las personas y las comunidades a curar las heridas psicológicas y reconstruir las estructuras sociales después de una emergencia o un evento crítico. Puede transformar a las personas en sobrevivientes activos, en lugar de víctimas pasivas. El apoyo psicosocial temprano y adecuado puede evitar que la angustia y el sufrimiento se conviertan en algo más grave; ayudar a las personas a sobrellevar mejor las situaciones y afrontar la vida cotidiana; apoyarlas para retomar su vida habitual; y satisfacer las necesidades reconocidas por la comunidad (35).

2.5.6 POLÍTICAS Y LEYES FAVORABLES

El entorno jurídico y de políticas públicas determina la disponibilidad de servicios y programas de salud y el grado al cual responden a las necesidades y aspiraciones de las personas. Las leyes y las políticas públicas también son instrumentos fundamentales para influir en el contexto social y económico. Pueden reforzar los determinantes sociales positivos e iniciar el proceso para corregir aquellas normas o condiciones sociales que exacerban la inequidad en materia de salud (36). Es preciso eliminar los obstáculos creados, por ejemplo, por la penalización de las relaciones sexuales consensuadas entre adultos del mismo sexo y otras conductas. Si persisten tales obstáculos, seguirá dificultándose la vinculación con los servicios de salud después del uso de intervenciones de autocuidado. Además, la regulación necesaria para promover el acceso a las intervenciones de autocuidado sin menoscabar su calidad o su seguridad es un área crítica para hacer realidad la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos.

2.5.7 SALUD Y ALFABETIZACIÓN DIGITAL

La alfabetización en materia de salud es indispensable para tomar las decisiones mejor fundadas con respecto a la salud, tanto de quienes se cuidan a sí mismos como de quienes cuidan a otros. Mejorar la alfabetización en materia de salud de la población brinda las bases sobre las cuales los ciudadanos pueden desempeñar un papel activo en la mejora de su propia salud, participar con éxito en las acciones comunitarias a favor de la salud y exigir a los gobiernos que cumplan con sus responsabilidades en materia de salud y equidad en la salud. Mejorar la alfabetización en materia de salud de las personas les permite interpretar, comprender y actuar mejor en función de la información disponible, para cuidar mejor de sí mismas. También les ayuda a distinguir entre la información incorrecta y la correcta. En condiciones ideales, una persona con conocimientos básicos de salud es capaz de buscar y evaluar la información que necesita; comprender y seguir las instrucciones para el autocuidado, incluida la administración diaria de esquemas

médicos complejos; planificar y lograr los ajustes necesarios en el modo de vida para mejorar su salud; tomar decisiones de salud fundadas y positivas; saber cómo y cuándo acceder a la atención de salud, si la requiere; impartir actividades de promoción de la salud a otras personas; y abordar los problemas de salud en la comunidad y la sociedad (37).

Cuando se utilizan plataformas digitales para las intervenciones de autocuidado, se debe tener en cuenta la alfabetización digital, es decir, la competencia para operar dispositivos y plataformas digitales. Los distintos niveles de alfabetización digital pueden influir en la aceptación de las intervenciones de autocuidado que se prestan por medio de canales digitales. Algunos grupos de población, como los adolescentes y los jóvenes, pueden tener niveles más altos, por lo que las intervenciones de autocuidado administradas por medio de dispositivos digitales o móviles pueden resultarles más atractivas (38, 39).

2.6 LUGARES PARA ACCEDER A LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

Cada vez más, las personas acceden a la información y los productos y servicios de salud por fuera de los establecimientos de salud formales (6). Se puede acceder a las intervenciones de autocuidado por varias vías, lo que ofrece a las personas más opciones y mejora su autonomía. Gran parte del autocuidado se realiza en el hogar, y a menudo se accede a las intervenciones de autocuidado a través de las farmacias o las plataformas digitales (como la ciber salud o las aplicaciones móviles). Entre los lugares de acceso a estas intervenciones también están los establecimientos de salud (como hospitales, consultorios especializados o residencias), y tanto la comunidad como los cuidadores o profesionales de la salud convencionales pueden realizar las intervenciones (véase la figura 2.5).

2.7 RENDICIÓN DE CUENTAS

Desde una perspectiva de derechos humanos, la rendición de cuentas significa que los encargados de formular las políticas gubernamentales y otros responsables cumplan con sus responsabilidades para con los titulares de derechos que se ven afectados por sus decisiones y acciones. Desde una perspectiva ética, la rendición de cuentas tiene que ver con la obligación de dar la cara, con la responsabilidad legal y con la expectativa de que las personas u organizaciones culpables enfrentarán las consecuencias de sus actos (6).

La rendición de cuentas relacionada con las intervenciones de autocuidado se comparte entre varios sectores diferentes y debe considerarse en todos los niveles: local, nacional, regional y mundial. El entorno propicio para apoyar las intervenciones de autocuidado debe regirse por una rendición de cuentas

compartida, para garantizar la calidad de la atención y los mejores resultados de salud. Para que las intervenciones de autocuidado se presten de una manera plenamente ética y apropiada, es necesaria la rendición de cuentas en varios frentes del sistema de salud (6). Las intervenciones de autocuidado no deben ser productos aislados ni causar una mayor fragmentación

del sistema de salud, sino que deben estar vinculadas al sistema de salud y respaldadas por él (6). Así se logra que el sistema de salud siga haciéndose responsable y pueda determinar cómo interactuar adecuadamente con las intervenciones de autocuidado y apoyar su ejecución (6).

FIGURA 2.5. LUGARES DE ACCESO A LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO



REFERENCIAS PARA EL CAPÍTULO 2

- Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self-care interventions to advance health and well-being: developing a conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ*. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.
- Secretaría de la OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.a Asamblea Mundial de la Salud. Punto 16.1 del orden del día provisional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (A69/39; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf, consultado el 25 de marzo del 2021).
- WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>, consultado el 23 de junio del 2021).
- Pourbohloul B, Kieny M-P. Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy. *Bull World Health Organ*. 2011;89:242. doi:10.2471/BLT.11.087544.
- Global health ethics: key issues. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694033_eng.pdf, consultado el 19 de marzo del 2021).
- World Health Organization meeting on ethical, legal, human rights and social accountability implications of self-care interventions for sexual and reproductive health: 2–14 March 2018, Brocher Foundation, Hermance, Switzerland: summary report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273989/WHO-FWC-18.30-eng.pdf>, consultado el 24 de mayo del 2021).
- A life-course approach to health and sustainable development. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.paho.org/en/documents/life-course-approach-health-and-sustainable-development>, consultado el 19 de marzo del 2021).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Nueva York (NY): Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; 2016 (E/C.12/GC/22; https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=es, consultado el 19 de marzo del 2021).
- Recomendación general N.º 24 (20.º período de sesiones): Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas

- las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) – la mujer y la salud. En: Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, quincuagésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General, Suplemento No. 38 (capítulo I). Nueva York (NY): Naciones Unidas; 1999: párrafo 22 (A/54/38/Rev.1, [https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=A%2f54%2f38%2fRev.1\(SUPP\)&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=A%2f54%2f38%2fRev.1(SUPP)&Lang=es), consultado el 19 de marzo del 2021).
10. Convención de las Naciones unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Nueva York (NY): Naciones Unidas; 1979: Artículo 16 (<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>, consultado el 19 de marzo del 2021).
 11. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2006: Artículos 12 y 23 (<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>, consultado el 19 de marzo del 2021).
 12. Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/133327/9789241507745_eng.pdf, consultado el 19 de marzo del 2021).
 13. La Declaración Universal de Derechos Humanos. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 1948 (<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, consultado el 19 de marzo del 2021).
 14. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Red de Información de las Naciones Unidas sobre Población, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 1995 (A/CONF.171/13/Rev. 1; https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf, consultado el 19 de marzo del 2021).
 15. Salud sexual. En: Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y reproductiva e investigación conexa, incluido el Programa Especial HRP [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1, consultado el 23 de junio del 2021).
 16. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf, consultado el 19 de marzo del 2021).
 17. Ferguson L, Fried S, Matsaseng T, Ravindran S, Gruskin S. Human rights and legal dimensions of self care interventions for sexual and reproductive health. BMJ. 2019;365:l1941. doi:10.1136/bmj.l1941.18.
 18. Gender, equity and human rights [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (<https://www.who.int/teams/gender-equity-and-human-rights>, consultado el 19 de marzo del 2021).
 19. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>, consultado el 19 de marzo del 2021).
 20. Health service delivery. En: Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010: sección 1 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>, consultado el 19 de marzo del 2021).
 21. Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240034686>, sin fecha de consulta).
 22. Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos. 67.a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (WHA67.20; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170759/A67_R20-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 19 de marzo del 2021).
 23. Velazquez Berumen A. Access to medical devices for universal health coverage and achievement of SDGs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/medical-devices/access-to-medical-devices-for-universal-health-coverage-and-achievement-of-sdgs.pdf?sfvrsn=91adf3e3_3, consultado el 19 de marzo del 2021).
 24. UNFPA and partners support reproductive health commodity security. En: Reproductive Health Essential Medicines [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (https://www.who.int/rhem/didyouknow/unfpa/rh_commodity_security/en, consultado el 19 de marzo del 2021).

- 2021).
25. Remme M, Narasimhan M, Wilson D, Ali M, Vijayasingham L, Ghani F y cols. Self care interventions for sexual and reproductive health and rights: costs, benefits, and financing. *BMJ*. 2019;365:l1228. doi:10.1136/bmj.l1228.
26. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251655>, consultado el 23 de junio del 2021).
27. Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C y cols. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet*. 2008;372(9655):2047–85. doi:10.1016/S0140-6736(08)61781-X.
28. Gruskin S, Ahmed S, Bogecho D, Ferguson L, Hanefeld J, MacCarthy S y cols. Human rights in health systems frameworks: what is there, what is missing and why does it matter? *Glob Public Health*. 2012;7(4):337–51. doi:10.1080/17441692.2011.651733.
29. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health*. 2015;56:S7–S14. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.011.
30. Lloyd CB. The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries. En: Malarcher S, editor. *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010: sección 2, capítulo 7 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44344/9789241599528_eng.pdf, consultado el 19 de marzo del 2021).
31. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia*. París: UNESCO; 2018 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>, consultado el 19 de marzo del 2021).
32. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 (<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>, consultado el 19 de marzo del 2021).
33. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49094/9789275320075_spa.pdf, consultado el 19 de marzo del 2021).
34. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M y cols. “Violence. Enough already”: findings from a global participatory survey among women living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:20285. doi:10.7448/IAS.18.6.20285.
35. Definition of psychosocial supports. Tokio: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (https://www.unicef.org/tokyo/jp/Definition_of_psychosocial_supports.pdf, consultado el 19 de marzo de 2021).
36. Gruskin S, Ferguson L, O’Malley J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reprod Health Matters*. 2007;15(29 Suppl):4–26. doi:10.1016/S0968-8080(07)29028.
37. Improving health literacy. En: Organización Mundial de la Salud. *Health promotion* [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>, consultado el 19 de marzo del 2021).
38. Youth-centred digital health interventions: a framework for planning, developing and implementing solutions with and for young people. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011717>, consultado el 25 de mayo del 2021).
39. Digital implementation investment guide (DIIG): integrating digital interventions into health programmes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010567>, consultado el 19 de marzo del 2021).

3.

Recomendaciones y consideraciones clave



Sinopsis



Volver al comienzo

En este capítulo se presentan las recomendaciones de la OMS basadas en la evidencia, tanto nuevas como en vigor, sobre las intervenciones de autocuidado, así como las nuevas consideraciones clave sobre las áreas e intervenciones prioritarias que son prometedoras pero que requieren más investigación.

Mejora de la atención prenatal, durante el parto y posnatal

p. 30

Prestación de servicios de alta calidad para planificación familiar, incluidos los servicios en materia de infertilidad

p. 40

Eliminación de los abortos peligrosos

p. 46

Lucha contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas

p. 47

Promoción de la salud sexual

p. 50

Tratamiento de las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares y la diabetes

p. 55

Las recomendaciones y las consideraciones clave se destacan a lo largo del capítulo mediante estos íconos:



Recomendaciones nuevas



Recomendaciones en vigor



Consideraciones clave



En este capítulo se presentan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recién formuladas y que se publican por primera vez en estas directrices, junto con las recomendaciones en vigor publicadas anteriormente en otras directrices de la OMS. Además de las recomendaciones, que se acordaron por el método GRADE (Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones, por su sigla en inglés), en el capítulo también se presentan las declaraciones sobre buenas prácticas, tanto nuevas como adaptadas o anteriores. Para estas directrices, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG, por su sigla en inglés) formuló varias “consideraciones clave”, a fin de orientar y fundamentar los procesos futuros de investigación y redacción de directrices respecto a aquellas preguntas para las cuales no se habían formulado ni recomendaciones ni declaraciones sobre buenas prácticas. La decisión de no emitir una recomendación con relación a esas preguntas se derivó en gran medida de la poca o nula evidencia sobre la eficacia de la intervención en su opción de autocuidado. No obstante, el Grupo de Elaboración de las Directrices consideró que había que poner de relieve la escasez de conocimientos relacionados con el autocuidado para estas áreas de capital importancia, de modo que las consideraciones clave se presentan junto con las recomendaciones y las declaraciones sobre buenas prácticas.

Las recomendaciones se refieren a intervenciones de salud que reflejan las esferas prioritarias de la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS del 2004. Las recomendaciones aparecen numeradas en el cuadro 1 del resumen ejecutivo y se comentan con mayor detalle en las siguientes secciones (3.1 a 3.5). Las recomendaciones nuevas y en vigor se presentan en recuadros, junto con la información sobre la firmeza de cada recomendación y el grado de certeza de la evidencia en la que se basa (evaluadas por el método GRADE, como se describe en la sección A2.5 del anexo 2), seguidas de cualquier observación, incluidas las consideraciones clave destacadas por el Grupo de Elaboración de las Directrices. En el caso de las recomendaciones en vigor, las observaciones se limitan al título, el año de publicación y el enlace web de las directrices que son la fuente original.

La información adicional sobre cada una de las recomendaciones nuevas, que abordan nuevas áreas temáticas o sustituyen a las recomendaciones en vigor, se presenta en el siguiente orden:

- información de contexto sobre la intervención;
- resumen de la evidencia y las consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices, incluidos los resultados sobre la eficacia de la intervención (el balance entre beneficios y riesgos) y las explicaciones sobre la certeza de la evidencia y la firmeza de la recomendación, además de información sobre uso de los recursos, viabilidad e implicaciones para la equidad, así como la aceptabilidad de la intervención para los usuarios finales y los trabajadores de salud (es decir, en relación con los valores y preferencias de los propios usuarios finales y

trabajadores de salud). Se ofrece una fundamentación que sustenta las decisiones que conducen a cada recomendación.

En el caso de las recomendaciones en vigor, la información adicional después del recuadro en el que se presenta cada recomendación se limita a la información de contexto sobre la intervención.

Las consideraciones clave se refieren a cuatro preguntas prioritarias para las directrices, respecto de las cuales el Grupo de Elaboración de las Directrices consideró que no había evidencia suficiente para emitir una recomendación y las mejores prácticas seguían siendo inciertas. La información adicional sobre cada nueva consideración clave se presenta en el siguiente orden:

- información de contexto;
- resumen de los problemas importantes señalados por el Grupo de Elaboración de las Directrices con respecto a la pregunta y mención de las lagunas principales en materia de investigación para apoyar la toma de decisiones en el futuro.

Las recomendaciones que se presentan son particularmente adecuadas para los países de ingresos bajos y medianos, donde las intervenciones de autocuidado ofrecen estrategias innovadoras que van más allá de una respuesta convencional del sector de la salud. Esto se debe a que en muy pocos países es realidad un sistema de salud que funcione bien: dotado de personal de salud capacitado, apoyado por una infraestructura bien mantenida y un suministro confiable de medicamentos y tecnologías y respaldado por fondos adecuados, planes de salud sólidos y políticas basadas en la evidencia.

3.1 MEJORA DE LA ATENCIÓN PRENATAL, DURANTE EL PARTO Y POSNATAL

A pesar de las intervenciones eficaces para la prevención o el tratamiento de prácticamente todas las complicaciones maternas potencialmente mortales, y el importante progreso que se ha logrado en los dos últimos decenios, en el 2017 alrededor de 295 000 mujeres murieron durante o después del embarazo y el parto (1). Se ha establecido que la adopción de prácticas de atención prenatal oportunas y apropiadas basadas en la evidencia puede salvar vidas. Además, y muy importante, la atención prenatal también es una oportunidad para comunicarse y apoyar a las mujeres, las familias y las comunidades en un momento crítico en el curso de la vida de una mujer. Una experiencia positiva del embarazo se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el proceso de un embarazo saludable tanto para la madre como para el hijo (lo que incluye la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivos y el logro de una maternidad positiva (incluidas la autoestima, la competencia y la autonomía maternas) (2). Los servicios

abarcan un conjunto de intervenciones que comprenden el asesoramiento y el apoyo para las personas y sus familiares, con objeto de adquirir conductas saludables en el hogar, así como un plan de preparación para el parto y para las urgencias,

a fin de aumentar la conciencia de las necesidades en materia de salud materna y neonatal y del autocuidado durante el embarazo y el período postnatal, entre ellas la necesidad de apoyo social durante y después del embarazo (3).



3.1.1 RECOMENDACIONES EN VIGOR SOBRE EL AUTOCUIDADO DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL PARTO

| | Recomendación |
|-------------------------|---|
| Recomendación 1 | La educación en salud para las mujeres es un componente esencial de la atención prenatal. Se recomiendan las siguientes intervenciones educativas y programas de apoyo para reducir los partos por cesárea, solo si hay una vigilancia y una evaluación dirigidas. <i>(Recomendación en función del contexto; evidencia con grado de certeza bajo).</i> |
| Recomendación 1a | Talleres de capacitación sobre el parto, cuyo contenido contemple sesiones acerca del temor y el dolor del parto, técnicas farmacológicas para aliviar el dolor y sus efectos, métodos no farmacológicos para aliviar el dolor, ventajas y desventajas de la cesárea y el parto vaginal, indicaciones y contraindicaciones de la cesárea, entre otros. <i>(Evidencia con grado de certeza de bajo a moderado).</i> |
| Recomendación 1b | Un programa de capacitación dirigido por personal de enfermería sobre relajación aplicada, cuyo contenido contemple debates en grupo sobre temas relacionados con la ansiedad y el estrés durante el embarazo y la finalidad de la relajación aplicada, y técnicas de respiración profunda entre otras técnicas de relajación. <i>(Evidencia con grado de certeza de bajo a moderado).</i> |
| Recomendación 1c | Un programa de prevención psicosocial basado en la pareja, cuyo contenido contemple estrategias de autogestión emocional, gestión de conflictos, resolución de problemas, comunicación y apoyo mutuo que fomenten la crianza conjunta y positiva del lactante. En esta recomendación, el término “pareja” incluye a los miembros de las parejas como tales, a las personas en una relación primaria o a otras personas cercanas. <i>(Evidencia con grado de certeza de bajo a moderado).</i> |
| Recomendación 1d | Psicoeducación para las mujeres con miedo al dolor, que contemple información acerca del temor y la ansiedad, temor al parto, normalización de las reacciones personales, etapas del trabajo de parto, procedimientos rutinarios hospitalarios, proceso del parto y alivio del dolor (encabezado por un terapeuta y una partera), entre otros temas. <i>(Evidencia con grado de certeza de bajo a moderado).</i> |
| Recomendación 2 | En lo relativo a las intervenciones educativas y a los programas de apoyo, no hay un formato específico (por ejemplo, folletos, vídeos o actividades educativas con juego de roles) que se recomiende como el más eficaz. |
| Recomendación 3 | Para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo, se recomienda el jengibre, la manzanilla, la vitamina B6 o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |
| Recomendación 4 | Para prevenir y aliviar la pirosis en el embarazo, se recomienda brindar asesoramiento sobre el régimen alimentario y el modo de vida. Se pueden ofrecer preparaciones de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del modo de vida. |
| Recomendación 5 | Se puede administrar magnesio, calcio u otros tratamientos no farmacológicos para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |
| Recomendación 6 | Se recomienda practicar ejercicio regularmente durante todo el embarazo para evitar la lumbalgia y el dolor pélvico. Hay varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |

| | Recomendación |
|-------------------------|--|
| Recomendación 7 | Se pueden consumir suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |
| Recomendación 8 | Se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, para tratar las várices y el edema durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. |
| Recomendación 9 | No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto. <i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza muy bajo).</i> |
| Recomendación 13 | La OMS recomienda que todas las personas embarazadas lleven sus propias notas clínicas durante el embarazo para mejorar la continuidad y la calidad de la atención, así como su experiencia en el embarazo. |

3.1.2 ORIENTACIÓN ADICIONAL DISPONIBLE SOBRE INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO PARA LA ATENCIÓN PRENATAL Y DURANTE EL PARTO

La OMS también recomienda el uso de registros en el hogar para la atención de las personas embarazadas, las madres, los recién nacidos y los niños, a fin de complementar los registros realizados en el establecimiento de salud, así como mejorar los comportamientos de búsqueda de atención, la participación y el apoyo masculino en el hogar, las prácticas de cuidados materno-infantiles en el hogar, la alimentación de los lactantes y los niños y la comunicación entre los prestadores de los servicios de salud y las mujeres o los cuidadores (4).

La evidencia cualitativa indica que es probable que las mujeres de diversos entornos sean partidarias de llevar sus propias notas, porque ello ofrece más oportunidades para adquirir información relacionada con el embarazo y la salud y por la sensación de empoderamiento que conlleva. En el caso de los sistemas de

registro en papel, los planificadores de los sistemas de salud también deben asegurarse de que las notas clínicas sean duraderas y transportables. En los sistemas de salud que dan a las personas acceso a sus notas clínicas por medios electrónicos, es necesario que todas las personas embarazadas tengan acceso a la tecnología adecuada y que se preste atención a la seguridad de la información. Además, los responsables de la formulación de políticas deben implicar a los interesados directos para comentar las consideraciones importantes con respecto al tipo, el contenido y la ejecución de los registros realizados en el hogar.

En el contexto de la elaboración de directrices SMART (basadas en normas, legibles electrónicamente, adaptativas, basadas en las necesidades y comprobables, por su sigla en inglés) (5), la OMS publicó documentos de orientación y herramientas para el seguimiento digital y el apoyo a la toma de decisiones de los trabajadores de salud durante los contactos de atención prenatal, que incluyen componentes de las intervenciones de autocuidado de las directrices del 2019 (6).



3.1.3 NUEVAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS SUPLEMENTOS DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL PARTO

| | Recomendación |
|----------------------------------|---|
| Recomendación 10a (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autoadministración de suplementos de ácido fólico como una opción adicional a la provisión de estos suplementos por parte de un profesional de la salud para las personas que estén planificando un embarazo en los próximos tres meses. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Recomendación 10b (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autoadministración de suplementos de hierro y ácido fólico como una opción adicional a la provisión de estos suplementos por parte de un profesional de la salud para las personas que estén embarazadas. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |
| Recomendación 10c (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autoadministración de suplementos de hierro y ácido fólico como una opción adicional a la provisión de estos suplementos por parte de un profesional de la salud para las personas durante el período posnatal. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |

Observaciones:

- Es esencial la vinculación temprana a la atención prenatal y posnatal.
- Es esencial la información sobre cómo vigilar los posibles efectos secundarios y daños (por ejemplo, toxicidad por sobredosis de hierro; intoxicación infantil).
- El ácido fólico debe tomarse hasta las 12 semanas de gestación.

Antecedentes

El uso de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo es una intervención eficaz y recomendada para reducir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el parto prematuro (3, 7). El uso de suplementos de ácido fólico se recomienda lo antes posible durante el embarazo, y en condiciones ideales antes del embarazo, para prevenir los defectos del tubo neural (3, 8). El uso en el posparto de suplementos de hierro (solo o con ácido fólico) también puede reducir el riesgo de anemia en los entornos con una alta prevalencia de anemia materna (9).

A pesar de la eficacia de estos suplementos, el empleo de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo no está logrando sus posibles beneficios por falta de un uso generalizado; esto se atribuye a varios problemas, como los factores de la oferta y la demanda (10-14), los efectos secundarios, el costo y el acceso.

Promover el empleo de ácido fólico de venta libre o de uso en el hogar, o de suplementos de ácido fólico y hierro, al planificar un embarazo (antes del embarazo), durante el embarazo y en el posparto puede ayudar a ampliar la administración de suplementos de micronutrientes fuera del entorno de atención clínica y, en última instancia, mejorar los resultados de salud materna, fetal y neonatal.

Resumen de la evidencia y consideraciones para la nueva recomendación

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS optó por comparar la autoadministración de hierro y ácido fólico, o de suplementos de ácido fólico, con la administración iniciada por el prestador de servicios en relación con el embarazo. Las preguntas en formato PICO (población, intervención, comparación, resultado, por su sigla en inglés) fueron:

- ¿Las personas que están planeando embarazarse deben autoadministrarse suplementos de ácido fólico, o se les debe ofrecer solo la administración de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicios?
- ¿Las personas embarazadas deben autoadministrarse suplementos de hierro y ácido fólico según la orientación internacional (actualmente, una dosis diaria de 30-60 mg de hierro elemental y 400 µg [0,4 mg] de ácido fólico, o bien una dosis intermitente [por ejemplo, semanal] de 120

mg de hierro elemental y 2,8 mg de ácido fólico), o se les debe ofrecer solo la administración de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicio (3)?

- ¿Las personas que dieron a luz deben autoadministrarse suplementos de hierro (con o sin ácido fólico) durante al menos tres meses después del parto según la guía internacional (actualmente, una dosis diaria de 30-60 mg de hierro elemental y 400 µg [0,4 mg] de ácido fólico, o bien una dosis intermitente [por ejemplo, semanal] de 120 mg de hierro elemental y 2,8 mg de ácido fólico), o se les debe ofrecer solo la administración de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicios (10)?

Se realizó una revisión sistemática de la literatura médica publicada en tres áreas pertinentes para estas preguntas: la eficacia de la intervención sobre los resultados maternos, fetales y neonatales antes, durante y después del embarazo; los valores y las preferencias de las usuarias finales; y el costo o la costoeficacia de la intervención antes, durante y después del embarazo. La revisión se llevó a cabo según las directrices PRISMA (Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis, por su sigla en inglés) (15). El protocolo se publicó en PROSPERO, el registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas (número de registro CRD42020205548). La revisión sistemática se publicó en una revista arbitrada (16).

Resultados

De las 2587 referencias individuales analizadas, ningún estudio cumplía los criterios de inclusión. Los artículos se excluyeron en general porque carecían de los resultados de interés, no contaban con grupos de comparación o se centraban en el uso de suplementos en general y no consideraban la suplementación con ácido fólico o con hierro y ácido fólico de manera particular. Por último, ningún artículo presentaba información sobre los costos o la costoeficacia.

Certeza de la evidencia para la recomendación

No se encontró evidencia directa y el grado de certeza de la evidencia en general fue muy bajo.

Fundamentos para la firmeza y el sentido de la recomendación

El Grupo de Elaboración de las Directrices señaló que esta intervención ya se utilizaba ampliamente en muchos países, sin mayores preocupaciones ni controversias. Se comentaron los daños derivados de la posible toxicidad o la intoxicación y el Grupo de Elaboración de las Directrices estuvo de acuerdo en que la alfabetización en materia de salud y la instrucción en torno a esta intervención de autocuidado serían un componente importante para promover su uso correcto. Sin embargo, la pregunta sobre la mejor manera de fomentar la alfabetización en materia de salud es una importante laguna en la investigación, que debe abordarse. El Grupo de Elaboración de

las Directrices consideró que, en general, el balance entre los considerables beneficios y los daños insignificantes se inclinaba a favor de convertir la autogestión en una opción adicional para las personas. Por ello, emitió una recomendación firme, dadas las probables repercusiones en la mejora de la equidad y la accesibilidad si se pone la autogestión a disposición de las personas como una opción adicional.

Uso de los recursos



En esta revisión no se encontró evidencia sobre los costos directos. Sin embargo, se ha demostrado que los costos más bajos de los suplementos en general aumentan la aceptación. Cuando los establecimientos privados toman en consideración los costos del acceso a la atención prenatal, los costos de los suplementos pueden resultar menores. En los países de ingresos bajos, el costo depende en gran medida del envasado. El Grupo de Elaboración de las Directrices señaló que los costos de los suplementos de hierro y ácido fólico generalmente eran bajos, pero puede haber costos adicionales por el traslado de la usuaria final al lugar de compra.

Viabilidad

Todos los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices coincidieron en que esta recomendación era viable, dado que la suplementación con hierro y ácido fólico ya estaba disponible en muchos lugares del mundo.

Equidad y derechos humanos



No se previeron problemas importantes en materia de equidad o derechos humanos si la suplementación con hierro y ácido fólico se pusiera a disposición como una opción adicional a la provisión a través del sistema de salud. El grupo coincidió en que, a pesar de la información insuficiente, había la posibilidad de que esta intervención de autocuidado mejorara la equidad si se ejecutaba en un entorno

propicio. Sin embargo, el entorno no es propicio si los niveles de alfabetización son bajos y hay obstáculos para la instrucción que disminuyan el acceso a la intervención

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud



No hubo ningún estudio para el examen de valores y preferencias. La evidencia indirecta de los estudios indica que, entre los factores que facilitan el uso de suplementos en general (no específicamente del ácido fólico o el hierro y el ácido fólico), están el suministro conveniente, el costo o la asequibilidad, los mensajes de los trabajadores de salud y la percepción del riesgo personal. Los obstáculos para el uso son una mala comunicación con los trabajadores de salud, el escepticismo sobre la necesidad de los suplementos y su eficacia y las percepciones sobre el suplemento en sí. No obstante, cabe destacar que solo se encontraron estos factores facilitadores y obstáculos en relación con las usuarias finales que estaban embarazadas en el momento.

Como se describe en la sección 1.7 del capítulo 1, también se llevó a cabo una Encuesta Mundial sobre Valores y Preferencias (GVPS, por su sigla en inglés) entre los trabajadores de salud y las posibles usuarias finales respecto a sus valores y preferencias en relación con esta y otras intervenciones mencionadas en las nuevas recomendaciones de las presentes directrices.

Los resultados muestran que hay mayor conciencia sobre el empleo de suplementos de hierro y ácido fólico entre los trabajadores de salud que entre la población general.



Las principales razones para su uso fueron la conveniencia y el costo. La mayoría de los trabajadores de salud habían suministrado suplementos de hierro y ácido fólico, aunque no todos ellos se sentían cómodos al respecto. Se eligió a las farmacias como la primera opción para el acceso a los suplementos.



3.1.4 NUEVA RECOMENDACIÓN SOBRE LA AUTOVIGILANCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO

| | Recomendación |
|---------------------------------|---|
| Recomendación 11 (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autovigilancia de la presión arterial durante el embarazo para las personas con trastornos hipertensivos del embarazo como una opción al seguimiento de la presión arterial por parte de un profesional de la salud en las consultas prenatales únicamente. <i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |

Antecedentes

Los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad relacionadas con el embarazo para las mujeres, las adolescentes y sus recién nacidos, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos, ya que afectan a cerca del 10% de las personas embarazadas a nivel mundial (17-19). La hipertensión

gestacional también puede derivar en afecciones a largo plazo, como la hipertensión crónica en las mujeres y las adolescentes, y en preeclampsia, que puede provocar diversos trastornos en los recién nacidos, entre ellos el peso bajo al nacer y el síndrome de dificultad respiratoria (20-22). El tratamiento temprano de la hipertensión y el parto oportuno pueden prevenir la morbilidad y, posiblemente, la mortalidad (23). Así pues, mejorar

la atención de la hipertensión gestacional es un aspecto esencial de la atención de calidad para la salud materna y neonatal.

En las visitas periódicas de atención prenatal por lo general se mide la presión arterial, pero pueden pasarse por alto las variaciones en la presión arterial entre visitas. La autovigilancia de la presión arterial, una estrategia en la que las personas asumen un papel más activo en su propia atención de salud, al medir su propia presión arterial, puede ser particularmente útil en los entornos donde el acceso y los recursos para la atención prenatal convencional son limitados.

La autovigilancia de la presión arterial se ha examinado ampliamente para la población hipertensa en general (es decir, no solo durante el embarazo). En comparación con la vigilancia clínica, la autovigilancia se relaciona con un mejor control de la hipertensión (24-26), aunque su impacto dependió de los resultados o parámetros particulares que se evaluaron o se aplicaron (27).

En dos revisiones recientes se observaron ventajas y desventajas de la autovigilancia de la presión arterial en comparación con la vigilancia clínica para diversos resultados maternos y neonatales durante el embarazo y en el posparto (28, 29), lo que parece indicar que la vigilancia en el hogar quizá no sea inferior a la atención suministrada por un prestador de servicios. Sin embargo, se sabe menos respecto a la autovigilancia en el caso específico de las personas embarazadas y sus recién nacidos (30).

En una revisión reciente se descubrió que la autovigilancia tuvo pocos efectos para mejorar el control de la presión arterial, a menos que se acompañara de ciertas intervenciones concurrentes (31).

Resumen de la evidencia y consideraciones para la nueva recomendación

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS decidió examinar si debería estar disponible la autovigilancia de la presión arterial además de la vigilancia en los consultorios para las personas con trastornos hipertensivos del embarazo.

La pregunta PICO era:

- ¿Debería estar disponible la autovigilancia de la presión arterial para las personas con trastornos hipertensivos del embarazo además de la vigilancia en los consultorios?

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones en revistas arbitradas en cualquier lugar o idioma. La revisión abarcó la literatura médica en tres áreas pertinentes para esta pregunta: la eficacia de la intervención, los valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud y la información sobre los costos. En los estudios incluidos sobre personas embarazadas con hipertensión (hipertensión gestacional, hipertensión crónica y preeclampsia) se comparaba a personas que estaban bajo autovigilancia de la presión arterial (ya la midiera

la propia persona embarazada u otro lego, como un miembro de la familia) con aquellas cuya presión arterial se vigiló únicamente por los trabajadores de salud durante los contactos para la atención prenatal. En los estudios se midieron uno o varios de los siguientes resultados maternos: mortalidad materna o morbilidad materna extrema; eclampsia o preeclampsia (para quienes no tenían preeclampsia antes de ingresar al estudio); riesgo o complicación a largo plazo (accidente cerebrovascular, resultados cardiovasculares, nefropatía crónica o hipertensión crónica); autonomía (autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento); síndrome HELLP (hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia, por su sigla en inglés); cesárea; hospitalización prenatal; resultados adversos del embarazo (aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta); problemas relacionados con los dispositivos (por ejemplo, fallo de las pruebas; problemas con la fabricación, el empaque, el etiquetado o las instrucciones de uso); seguimiento con la atención adecuada; salud mental y bienestar (por ejemplo, ansiedad, estrés, autolesiones); daños sociales (estigmatización, discriminación, violencia de pareja); y resultados neonatales (mortinatalidad o muerte perinatal; peso o talla al nacer para la edad gestacional; e índice de Apgar [frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y color de la piel]). Para más detalles sobre las preguntas PICO, véase el anexo 6.

En la revisión se siguieron las directrices de PRISMA (15); el protocolo se publicó en PROSPERO (número de registro CRD42021233839) y la revisión sistemática, en una revista arbitrada (32).

Resultados

La revisión sistemática abarcó 1794 referencias individuales, de las cuales se conservaron 91 para analizar el texto completo. En última instancia, se incluyeron seis estudios en el examen de la eficacia, siete en el examen de valores y preferencias y uno en el examen de los costos. De los seis estudios de la revisión de la eficacia, uno era un ensayo controlado aleatorizado y cinco eran estudios observacionales. Todos los estudios se habían hecho en países de ingresos altos y compararon la autovigilancia de la presión arterial diaria con un monitor de presión arterial automatizado, registrada en papel o enviada mediante una aplicación informática, con la atención habitual en las visitas prenatales (tres estudios).

En dos estudios observacionales se descubrió que la autovigilancia de la presión arterial no tuvo efecto alguno en la morbilidad materna. En el ensayo controlado aleatorizado se descubrió que se asoció con tasas de cesárea más altas entre las personas embarazadas con hipertensión crónica (cociente de riesgos: 2,01; intervalo de confianza del 95%: 1,22–3,30), pero no hubo diferencias entre las que tenían hipertensión gestacional; no se encontraron diferencias en la tasa de preeclampsia entre las personas embarazadas con hipertensión crónica o gestacional (cociente de riesgos: hipertensión; sin efecto en las hospitalizaciones prenatales; sin efecto en la mortinatalidad o

la muerte perinatal); y se descubrió que la autovigilancia de la presión arterial se asoció con un menor peso al nacer y una mayor tasa de recién nacidos pequeños para su edad gestacional entre las personas embarazadas con hipertensión crónica (aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa), pero no tuvo efecto entre las personas con hipertensión gestacional.

No se encontraron datos comparativos cuantitativos a partir de los ensayos controlados aleatorizados ni de los estudios observacionales relacionados con mortalidad materna o morbilidad materna extrema; riesgo o complicaciones a largo plazo (p. ej., accidente cerebrovascular, resultados cardiovasculares, nefropatía crónica o hipertensión crónica); autonomía (medida por la autoeficacia, la autodeterminación y el empoderamiento); síndrome HELLP; problemas relacionados con los dispositivos; seguimiento con la atención adecuada; salud mental y bienestar (por ejemplo, ansiedad, estrés, autolesiones); daños sociales (por ejemplo, estigmatización, discriminación, violencia de pareja); o índice de Apgar.

Certeza de la evidencia para la recomendación

La evidencia disponible tuvo un grado de certeza de moderado a muy bajo en general.

Fundamentos para la firmeza y el sentido de la recomendación

El Grupo de Elaboración de las Directrices emitió una recomendación condicional a favor de la intervención. En la redacción de la recomendación, se hizo hincapié en que la intervención debería estar disponible como una estrategia adicional, con una vinculación temprana a la atención prenatal y la continuación de esta, y acompañada de información y orientación integrales sobre la interpretación de las cifras de la presión arterial y las medidas necesarias para la autovigilancia de la presión arterial.

Uso de los recursos



Hubo evidencia de que, en comparación con la atención habitual, la autovigilancia de la presión arterial durante el embarazo disminuyó los costos para el sistema de salud en su conjunto, en parte debido a menos visitas a los consultorios. En un estudio realizado en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte se reveló que el sistema de salud lograría mayores ahorros semanales por paciente bajo autovigilancia de la presión arterial entre las mujeres embarazadas hipertensas que utilizan un medidor automatizado de la presión arterial vinculado a notas en papel, en comparación con las que usan una aplicación para el teléfono inteligente o la vigilancia convencional.



El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que los costos variarían según el sistema de salud y el costo del dispositivo. También reconoció que, si la persona era incapaz de leer el aparato medidor y las lecturas de la presión arterial, las lecturas inexactas también generarían un costo.

Viabilidad

Todos los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices estuvieron de acuerdo en que esta recomendación era viable, pero señalaron que se habían incorporado consideraciones en torno a la alfabetización, el asesoramiento y el refuerzo o tutoría para su aplicación.

Equidad y derechos humanos

El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que, a pesar de la información insuficiente, había posibilidades de que esta intervención de autocuidado mejorara la equidad porque le daba opciones a la persona, fomentaba la participación en su propio cuidado y podía promover el derecho a la privacidad.

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud

En total, en la revisión de valores y preferencias se incluyeron siete estudios de cuatro países: tres estudios cualitativos, tres estudios cuantitativos y un estudio de métodos mixtos. Los estudios examinados fueron generalmente en personas embarazadas con trastornos hipertensivos o en riesgo de padecerlos. Un estudio examinó los valores y preferencias de los trabajadores de salud. Los siete se realizaron en países de ingresos altos (en Europa, América del Norte y Oceanía).

La evidencia indicó que, para la mayoría de las usuarias finales, la autovigilancia de la presión arterial era sumamente satisfactoria o aceptable. Las personas señalaron varios factores por los cuales les agradaba la autovigilancia, entre ellos la facilidad de uso del dispositivo, la conveniencia y que las hacía sentir empoderadas y menos ansiosas o estresadas.

Entre los obstáculos hubo algunas variaciones en las percepciones de las usuarias finales sobre la facilidad de uso, y a algunas usuarias el dispositivo de autovigilancia de la presión arterial les parecía incómodo y ruidoso.

La práctica de la autovigilancia de la presión arterial creó la impresión de que las usuarias finales estaban asumiendo un papel más importante en el autocuidado de la presión arterial, el embarazo y la salud al tomar la iniciativa y usar el dispositivo. La sensación de empoderamiento resultante ayudó a mitigar la ansiedad. A pesar de que la autovigilancia de la presión arterial redujo el número de visitas para la atención, muchas pacientes cuyos dispositivos les permitían comunicarse con su trabajador de la salud (por medio de aplicaciones para vigilancia remota y telesalud) expresaron estar en mayor contacto con su equipo de atención.

En general, las mujeres estuvieron de acuerdo en que seguirían utilizando la autovigilancia y se la recomendarían a otras.

Los trabajadores de salud reconocieron la conveniencia y la comodidad de que las usuarias vigilaran su presión arterial en

casa y, en general, estuvieron a favor de la autovigilancia de la presión arterial, pero algunos expresaron su preocupación de que esta pueda causar ansiedad, o bien tranquilizar erróneamente a las mujeres respecto a su salud.

Como se describe en la sección 1.7 del capítulo 1, también se llevó a cabo una Encuesta Mundial sobre Valores y Preferencias

(GVPS) entre los trabajadores de salud y las posibles usuarias finales respecto a sus valores y preferencias en relación con esta y otras intervenciones mencionadas en las nuevas recomendaciones de las presentes directrices. La mayoría de los participantes en la encuesta conocían la autovigilancia de la presión arterial y la habían usado. La conveniencia y el costo fueron los principales factores para la decisión.



3.1.5 CONSIDERACIONES CLAVE SOBRE LAS PRUEBAS DE PROTEINURIA AUTOADMINISTRADAS

| | Recomendación |
|------------------------------|--|
| Consideración clave 1 | En el caso de las personas embarazadas con hipertensión sin proteinuria, es posible que el análisis de la orina en casa brinde algunos beneficios en comparación con la atención hospitalaria para detectar la proteinuria, pero es preciso que los médicos encuentren un equilibrio entre esta medida y la carga adicional que supondría para la persona. |

Antecedentes

Generalmente se diagnostica la preeclampsia en las personas en quienes aparece hipertensión durante el embarazo y, más adelante, proteinuria (cantidades de proteínas en la orina mayores de lo normal) (33). Alrededor de un tercio de las personas con proteinuria de nueva aparición después de la vigésima semana del embarazo pueden presentar preeclampsia (34).

Medir la proteinuria en etapas tempranas del embarazo puede ayudar a detectar a las personas que tienen un alto riesgo de preeclampsia y las complicaciones consiguientes, como el parto prematuro y las malformaciones fetales (35). La proteinuria por lo regular se detecta mediante un análisis de orina con tira reactiva, para el cual se necesita una pequeña muestra de orina limpia y que da el resultado rápidamente (36).

El análisis de orina con tira reactiva generalmente se realiza en el punto de atención durante las visitas prenatales periódicas; sin embargo, algunas investigaciones recientes parecen indicar que también se puede hacer la detección mediante pruebas autoadministradas (37). Dado que la preeclampsia es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, que afecta a entre el 2% y el 8% de los embarazos en todo el mundo, la detección de la proteinuria mediante pruebas autoadministradas (por la embarazada) puede ser útil para reconocer el riesgo de preeclampsia en las embarazadas, aumentar el empoderamiento de la usuaria final y reducir la carga para el sistema de salud.

Resumen de la evidencia y consideraciones

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS decidió examinar si debería estar disponible la autoadministración de la prueba de proteinuria durante el embarazo además de la vigilancia en el consultorio.

La pregunta PICO era

- ¿Debería estar disponible la autoadministración de la prueba de proteinuria durante el embarazo, además de la vigilancia en el consultorio?

En una revisión sistemática se evaluaron tres áreas pertinentes para este tema: *a)* eficacia de la intervención, *b)* valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud y *c)* información sobre los costos. En la revisión se siguieron las directrices de PRISMA (15); el protocolo se publicó en PROSPERO (número de registro CRD42021233845) y la revisión sistemática, en una revista arbitrada (38).

Resultados

De los 334 registros individuales, se conservaron 20 para el examen del texto completo, 2 para el examen de valores y preferencias y ninguno para el examen de costos. Los estudios eran relativos a mujeres embarazadas con hipertensión no proteinúrica, y la comparación era con la realización de pruebas para detectar la proteinuria durante la atención hospitalaria. La mayoría de los estudios eran de países de ingresos altos. En general, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las pruebas autoadministradas y las pruebas en el consultorio para detectar la proteinuria respecto a ninguno de los resultados sobre los que había información. En general, tanto las mujeres como sus profesionales de la salud aprobaron las pruebas autoadministradas por varias razones, entre ellas, que les daban a las mujeres una mayor intervención en el autocuidado y reducían sus visitas a los consultorios, aunque algunos trabajadores de salud hicieron hincapié en la necesidad de capacitar a las usuarias finales para realizar correctamente los análisis y tomar las medidas apropiadas en consecuencia.

El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que el sentido de empoderamiento, la responsabilidad por la propia atención y la disminución en la frecuencia de visitas al

consultorio eran consideraciones importantes para poner a disposición las pruebas autoadministradas de proteinuria. Sin embargo, el propio grupo cuestionó la utilidad clínica de las pruebas de orina con tira reactiva, en parte debido a la falta de un criterio de referencia para el diagnóstico de la proteinuria en el embarazo. La prueba de orina con tira reactiva para esta finalidad tiene varias limitaciones, entre ellas la variabilidad en la concentración de la orina, que depende del grado de hidratación de la persona, la hora del día a la cual se realiza el análisis y si la persona ha orinado antes de realizarlo. Además, el Grupo de Elaboración de las Directrices señaló que en las guías clínicas se destacaba la necesidad de otra información, además de la presencia de proteinuria, para diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, ya que la enfermedad hipertensiva no proteinúrica es una entidad reconocida que tiene resultados bastante similares a los de la preeclampsia.

No obstante, el grupo coincidió en que la evidencia demostraba que la autoadministración de pruebas de proteinuria no era perjudicial. Hacen falta más estudios para evaluar si la autoadministración de pruebas de proteinuria como parte de la atención prenatal regular podría mejorar los resultados del embarazo.

Viabilidad

El Grupo de Elaboración de las Directrices estuvo de acuerdo en que había evidencia sobre la viabilidad y aceptabilidad de la autoadministración de pruebas de proteinuria y que, en términos generales, no tenía un efecto negativo sobre los resultados de salud materna y neonatal. Sin embargo, también coincidió en que hacía falta más investigación al respecto en los entornos de recursos limitados.

Equidad y recursos humanos

A pesar de las limitaciones reconocidas, los análisis iniciales para la proteinuria con tira reactiva, con el seguimiento que

esté indicado, pueden ayudar a clasificar adecuadamente a las pacientes en los entornos con recursos limitados, aunque los análisis de proteinuria con tira reactiva quizá agreguen un valor limitado en los entornos con suficientes recursos. El método de prueba sigue siendo una herramienta convencional para detectar la proteinuria en los países de ingresos bajos y medianos, donde la asequibilidad de las pruebas es un aspecto fundamental.

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud

En dos estudios cuantitativos de viabilidad de la autoadministración de pruebas de proteinuria durante el embarazo, uno del Reino Unido (37) y el otro de Estados Unidos de América (39), se descubrió que la mayoría de las mujeres embarazadas estaban muy satisfechas con las pruebas autoadministradas o las preferían a las pruebas en el consultorio. En ambos estudios, la facilidad de uso fue el motivo común para la satisfacción con la autoadministración de pruebas.



La mayoría de los trabajadores de salud encuestados consideraron la autoadministración de pruebas de proteinuria como una manera de que las mujeres detecten la preeclampsia temprano, se empoderen y ahorren tiempo y dinero (37). Cerca de 80% opinaron que la autoadministración de pruebas mejoraría su prestación de atención habitual, si bien alrededor de 70% también señaló que repetiría el análisis de orina aunque las mujeres usaran pruebas autoadministradas. No obstante, los trabajadores de salud también expresaron su preocupación por las aptitudes y la idoneidad de las personas embarazadas para realizar la autoadministración de pruebas, su capacidad para tomar las medidas apropiadas ante un resultado positivo y si la autoadministración de pruebas podría aumentar la demanda de servicios urgentes en los consultorios.



3.1.6 NUEVA RECOMENDACIÓN SOBRE LA AUTOVIGILANCIA DE LA GLUCEMIA DURANTE EL EMBARAZO

| | Recomendación |
|---------------------------------|--|
| Recomendación 12 (nueva) | La OMS recomienda que esté disponible la autovigilancia de la glucemia durante el embarazo para las personas con diagnóstico de diabetes gestacional como alternativa al seguimiento de la glucemia por parte de un profesional de la salud en las consultas prenatales únicamente. <i>(Recomendación firme, evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |

Antecedentes

La diabetes mellitus gestacional se define como la intolerancia a la glucosa que deriva en hiperglucemia clínica y que aparece o se diagnostica por primera vez durante el embarazo (40, 41). La hiperglucemia durante el embarazo se asocia con resultados adversos para la salud materna y neonatal, tanto a corto como a largo plazo.

Muchas asociaciones clínicas profesionales, entre ellas la Asociación Estadounidense de Diabetes y la Federación Internacional de Diabetes, consideran que la autogestión de la diabetes gestacional mediante cambios en el modo de vida (régimen alimentario y ejercicio) es el tratamiento de primera línea. Un componente de la autogestión de la diabetes gestacional es la vigilancia de las concentraciones de glucosa

en sangre por la propia persona (autovigilancia de la glucemia), que se emplea clínicamente para evaluar la eficacia de la modificación del modo de vida, orientar la intensificación del tratamiento y fundamentar la atención prenatal.

Resumen de la evidencia y consideraciones para la nueva recomendación

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS decidió examinar la autovigilancia de la glucemia además de la vigilancia en el consultorio para las personas con diabetes gestacional.

La pregunta PICO era:

- ¿Debería estar disponible la autovigilancia de la glucemia para las personas con diabetes gestacional además de la vigilancia en los consultorios?

Se revisó la literatura médica en tres áreas pertinentes para esta pregunta: la eficacia de la intervención, los valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud y la información sobre los costos. En la revisión se siguieron las directrices de PRISMA (15); el protocolo se publicó en PROSPERO (número de registro CRD42021233862) y la revisión sistemática, en una revista arbitrada (42).

En la revisión se examinó la evidencia relativa a la autovigilancia de la glucemia en comparación con la vigilancia por parte de un trabajador de salud en el entorno del consultorio de atención prenatal. Aunque se pueden usar muchos productos, dispositivos y aplicaciones informáticas para la autovigilancia de la glucemia, esta se definió como el uso en el hogar de dispositivos que emplean un pinchazo en el dedo, medición continua de la glucemia (incluso en tiempo real), medición flash de la glucemia o análisis de glucosa en la orina con tira reactiva.

Resultados

De los 1871 registros individuales, se conservaron 78 para el examen del texto completo. En última instancia, se incluyeron seis estudios en el examen de la eficacia, cinco en el examen de valores y preferencias y uno en el examen de los costos. En ninguno de los estudios se comparó la autovigilancia de la glucemia con la vigilancia de la glucemia en el consultorio, pero en el análisis se incluyeron tres ensayos controlados aleatorizados en los que se comparaba entre la autovigilancia de la glucemia por una parte y la diabetes gestacional sin tratamiento por la otra. En los dos ensayos controlados aleatorizados más amplios (con cerca de 500 participantes en cada rama) se comparó entre los resultados clínicos y de utilización de los servicios de atención de salud con la autovigilancia de la glucemia, como parte de un conjunto de intervenciones para el tratamiento de la diabetes gestacional, y los resultados con la atención regular durante los contactos prenatales; en el tercer ensayo controlado aleatorizado, más pequeño, se comparó entre los resultados del embarazo y psicosociales con la autovigilancia de la glucemia y los resultados con la vigilancia periódica durante las visitas prenatales.

El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que, si bien en ningún estudio se comparó directamente la autovigilancia de la glucemia con la vigilancia en el entorno del consultorio de atención prenatal, los resultados destacaron la utilidad de aquella como parte de un programa más amplio de tratamiento para la diabetes gestacional.

La autovigilancia de la glucemia fue aceptable para las personas embarazadas, quienes le reconocieron beneficios como la conveniencia, la facilidad de uso y una mayor sensación de confianza.

Los posibles inconvenientes de la autovigilancia de la glucemia como parte del tratamiento de la diabetes gestacional incluyen un mayor uso de los servicios de atención de la salud. Un estudio pequeño pareció indicar posibles ahorros con la autovigilancia de la glucemia entre las personas con diabetes insulínica durante el embarazo; sin embargo, en ningún estudio se examinaron los desembolsos directos de las personas en comparación con los costos para los sistemas de salud.

Todos los estudios que abarcó el metanálisis se realizaron en países de ingresos altos.

Certeza de la evidencia para la recomendación

La evidencia disponible tuvo un grado de certeza muy bajo en general.

Fundamentos para la firmeza y el sentido de la recomendación

El Grupo de Elaboración de las Directrices emitió una recomendación firme a favor de la intervención; en la redacción de esta recomendación se hizo hincapié en que la intervención debería estar disponible como una estrategia adicional y acompañada de información y orientación integrales sobre la autovigilancia de la glucemia y las cifras de glucemia.

Uso de los recursos



En ningún estudio se investigaron los efectos económicos de la autovigilancia de la glucemia en las personas con diabetes gestacional. En un estudio realizado en Estados Unidos se analizaron los efectos económicos de la autovigilancia de la glucemia realizada por mujeres con diabetes insulínica durante el embarazo, lo que ofreció evidencia indirecta sobre la intervención en casos de diabetes gestacional. Las pacientes del grupo que utilizó un colorímetro de reflectancia (para la autovigilancia de la glucemia) pasaron un promedio de 1,3 días en el hospital, con un costo promedio total de más de US\$ 590, en comparación con las del grupo testigo (pacientes ambulatorias convencionales), que estuvieron hospitalizadas durante un promedio de 3,8 días, con un costo promedio de más de US\$ 1700. Solo dos de las nueve pacientes del grupo con autovigilancia de la glucemia tuvieron que hospitalizarse, en comparación con cinco de las nueve pacientes del grupo testigo.



El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que los costos variarían según el sistema de salud.

Viabilidad

Todos los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices estuvieron de acuerdo en que esta recomendación era viable, pero señalaron que se debían incorporar consideraciones en torno a la alfabetización, el asesoramiento y el refuerzo o tutoría para su aplicación.

Equidad y derechos humanos

El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que, a pesar de la información insuficiente, había posibilidades de que esta intervención de autocuidado mejorara la equidad porque le daba opciones a la persona, fomentaba la participación en su propio cuidado y podía promover el derecho a la privacidad.

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud

En la revisión se incluyeron cinco estudios de Asia, Europa y América del Norte (todos en países de ingresos altos o medianos altos): tres estudios cuantitativos, un ensayo controlado aleatorizado con entrevistas cualitativas en profundidad y un estudio cualitativo (43-48).

En todos los estudios de viabilidad para determinados sistemas específicos de vigilancia de la glucosa en sangre se descubrió que la mayoría de las personas apoyaban la autovigilancia de la glucemia. Entre las razones para que les agradara la intervención se mencionaron los beneficios para la salud, la conveniencia, la facilidad de uso y una mayor confianza, control, motivación o conciencia de sí mismas. Las usuarias finales consideraron la autovigilancia de la glucemia como un complemento del contacto con profesionales de la salud, no un sustituto del mismo. Entre las razones para que les desagradara la intervención estuvieron las dificultades de incorporarla a la vida cotidiana y la frustración cuando la autovigilancia entraba en contradicción con el asesoramiento del hospital. Los trabajadores de salud reconocieron la

conveniencia de que las personas vigilaran su glucemia en casa y confiaban en los dispositivos al efecto, pero expresaron sus reservas sobre los problemas técnicos.

3.2 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ALTA CALIDAD PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, INCLUIDOS LOS SERVICIOS EN MATERIA DE INFERTILIDAD

La planificación familiar es esencial para promover el bienestar y la autonomía de las personas, las parejas, sus familias y sus comunidades. La atención de calidad en materia de planificación familiar es primordial si se aspira a lograr altos niveles de salud para todos. Los siguientes son cinco elementos de la calidad de la atención en la planificación familiar (49):

- la opción de una amplia gama de métodos anticonceptivos;
- información basada en la evidencia sobre la eficacia, los riesgos y los beneficios de los diferentes métodos;
- trabajadores de salud competentes y capacitados;
- relaciones entre los trabajadores de salud y los usuarios finales basadas en el respeto de la elección fundada, la privacidad y la confidencialidad; y
- una variedad apropiada de servicios disponibles en la misma localidad.

Las personas con una necesidad insatisfecha de anticoncepción que no quieren más hijos o que desean retrasar al próximo hijo pueden tener un embarazo no deseado. Los embarazos no deseados siguen siendo un importante problema de salud pública. Cada año, 74 millones de mujeres que viven en país de ingresos bajos y medianos se embarazan sin desearlo; esto se deriva en 25 millones de abortos inseguros y 47 000 muertes maternas por año.

La OMS recomienda las intervenciones de autocuidado como formas de mejorar las opciones de anticoncepción de las personas y sus elección del lugar para acceder a ellas. Entre dichas intervenciones de autocuidado están la autoinyección de anticonceptivos y la disponibilidad de anticonceptivos orales de venta libre (50).



3.2.1 RECOMENDACIONES EN VIGOR SOBRE EL AUTOCUIDADO CON EL USO DE PRESERVATIVOS Y ANTICONCEPTIVOS ORALES

| | Recomendación |
|-------------------------|---|
| Recomendación 14 | La autoadministración de anticonceptivos inyectables debería estar disponible como una opción adicional para administrar los anticonceptivos inyectables a las personas en edad reproductiva. (Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado) |
| Recomendación 15 | Los anticonceptivos orales de venta libre deberían estar disponibles sin receta médica para las personas que deseen utilizarlos. (Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo) |
| Recomendación 17 | Los estuches de predicción de la ovulación para uso en el hogar deberían estar disponibles para las personas que intentan quedar embarazadas, como un método adicional para el manejo de la fecundidad. (Recomendación firme; evidencia con grado de certeza bajo) |

| | Recomendación |
|--------------------------|---|
| Recomendación 18 | El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos es sumamente eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH; para reducir el riesgo de transmisión del VIH de hombres a mujeres o viceversa en parejas serodiscordantes, para reducir el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual y afecciones conexas, incluidas las verrugas genitales y el cáncer cervicouterino; y para prevenir los embarazos no deseados. |
| Recomendación 19 | Se recomienda el uso correcto y sistemático de preservativos con lubricantes compatibles para todos los grupos de población clave, a fin de prevenir la transmisión sexual del VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Recomendación 20a | Proporcionar un suministro de anticonceptivos orales de hasta un año en función de las preferencias de la mujer y el uso previsto. |
| Recomendación 20b | En los programas se debe encontrar un equilibrio entre la conveniencia de dar a las mujeres el máximo acceso a los anticonceptivos orales y la problemática ligada al suministro y logística de los anticonceptivos. |
| Recomendación 20c | El sistema de reabastecimiento debe ser flexible, para que las mujeres puedan obtener los anticonceptivos orales fácilmente en la cantidad y el momento en que los requieran. |

3.2.2 ORIENTACIÓN ADICIONAL DISPONIBLE SOBRE EL AUTOCUIDADO EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En el documento de orientación de la OMS sobre los criterios de idoneidad médica para el uso de anticonceptivos se presentan muy diversos métodos anticonceptivos autoadministrados por las personas usuarias, entre ellos el parche anticonceptivo combinado, el anillo vaginal anticonceptivo combinado, el anillo vaginal de progesterona y los métodos de barrera, como los preservativos masculinos de látex o de poliuretano, los preservativos femeninos, el diafragma con espermicida y el capuchón cervical (51).

En dicho documento se señala que “debe advertirse a las mujeres que padecen afecciones ante las cuales el embarazo es un riesgo inaceptable que los métodos anticonceptivos de barrera pueden ser inadecuados para quienes no puedan usarlos de manera invariable y correcta, debido a sus tasas relativamente más altas de falla con el uso común”.

En el documento se ofrece más orientación sobre la utilización de los métodos de barrera según las características personales y los antecedentes reproductivos del usuario, las afecciones cardiovasculares, reumáticas y neurológicas, los trastornos depresivos, las infecciones y trastornos del aparato

reproductor, el VIH/sida y otras infecciones, los trastornos endocrinos y gastrointestinales, las anemias y las interacciones medicamentosas, además de otros comentarios.

Con respecto a los métodos de barrera, la orientación menciona que “si hay riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, entonces se recomienda el uso correcto y sistemático de preservativos. Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero en los programas nacionales no se utilizan tan ampliamente como los masculinos”.

La orientación sobre los criterios de idoneidad contiene recomendaciones sobre la seguridad de los anticonceptivos hormonales combinados, que comprenden los anticonceptivos orales combinados, el parche anticonceptivo combinado y el anillo vaginal anticonceptivo combinado, para las mujeres con afecciones o características personales particulares. También se ofrecen recomendaciones sobre la seguridad de la anticoncepción hormonal (incluidos el parche anticonceptivo combinado y el anillo vaginal anticonceptivo combinado) para las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH, las mujeres con infección por el VIH y las mujeres con infección por el VIH que usan tratamiento antirretroviral.



3.2.3 NUEVAS RECOMENDACIONES SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE ANTICONCEPTIVOS DE URGENCIA DE VENTA LIBRE

| | Recomendación |
|---------------------------------|---|
| Recomendación 16 (nueva) | <i>La OMS recomienda que los anticonceptivos de urgencia de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que deseen utilizar estos métodos.</i> <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |

Antecedentes

El acceso a la anticoncepción de urgencia varía en distintos lugares del mundo. En algunos países, los anticonceptivos de urgencia son de venta libre, es decir, no se necesita una receta médica. Esto incluye tanto los de acceso directo por la usuaria (es decir, que se venden sin evaluación alguna) como los de venta libre supervisada (para los que se requiere una evaluación de idoneidad por parte de personal de farmacia capacitado) (52). En otros países, no son de venta libre y se requiere una receta de un trabajador de salud (52).

En las directrices del 2019 se incluyó una recomendación sobre los anticonceptivos orales de venta libre sustentada en una revisión sistemática, en la cual se demostró que su empleo puede derivar en tasas de continuación más altas y menos contraindicaciones entre las usuarias, y que en general tenían el apoyo de las usuarias y los trabajadores de salud (53). En esa revisión y recomendación no se tomaron en cuenta los anticonceptivos de urgencia de venta libre. La anticoncepción de urgencia es eficaz para prevenir el embarazo si se usa en los cinco días posteriores a las relaciones sexuales, y se puede emplear en situaciones como el coito sin protección, cuando hay preocupación sobre una posible falla o uso incorrecto del anticonceptivo y en casos de agresión sexual. Dado que se estima que el 44% de los embarazos en todo el mundo no son deseados (52), volver más accesibles los anticonceptivos orales en más entornos, incluidos los anticonceptivos de urgencia, podría contribuir a reducir esta proporción.

Resumen de la evidencia y consideraciones para la nueva recomendación

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS decidió examinar si podrían ponerse a disposición los anticonceptivos de urgencia sin receta médica.

La pregunta PICO era:

- ¿Deben estar disponibles los anticonceptivos de urgencia sin receta médica?

Se realizó una revisión sistemática de la literatura médica en tres áreas pertinentes para esta pregunta: la eficacia de la intervención, los valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud y la información sobre los costos. En la revisión se siguieron las directrices de PRISMA (15); el protocolo se publicó en PROSPERO (número de registro CRD42021231625) y la revisión sistemática, en una revista arbitrada (54).

Resultados

La revisión sistemática abarcó 2581 referencias individuales, de las cuales se conservaron 129 para analizar el texto completo. En última instancia, se encontraron 19 estudios (en 21 artículos) que cumplían los criterios de inclusión para el examen de la eficacia, 55 estudios sobre valores y preferencias y 3 estudios sobre costos. Los 19 estudios para el examen de la eficacia fueron un ensayo controlado aleatorizado y 18 estudios observacionales. Los estudios se llevaron a cabo en ocho países, todos de altos

ingresos. En la mayoría de los estudios se presentaba información sobre la aceptación de la anticoncepción de urgencia, los cambios en las prácticas y conductas en materia de salud sexual y reproductiva o el aborto. Solo en un estudio se evaluaron los efectos secundarios, los eventos adversos o los daños sociales.

En cuatro estudios ecológicos en los Estados Unidos de América se evaluó el efecto que tuvo la anticoncepción de urgencia accesible en las farmacias sobre las tasas de aborto por cada 1000 mujeres. En dichos estudios no se encontraron diferencias en las tasas generales de aborto con el acceso a la anticoncepción de urgencia en las farmacias. Sin embargo, en dos de ellos se observaron disminuciones significativas en los grupos etarios más jóvenes: una disminución de 1,6 abortos por cada 1000 mujeres de 18 y 19 años ($P < 0,05$) (55) y una disminución de 1,97 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años ($P < 0,01$) (56). Habida cuenta de los obstáculos que enfrentan las mujeres más jóvenes, que en muchos entornos solo pueden acceder a la anticoncepción de urgencia con receta médica, quizá un mayor acceso a los anticonceptivos de urgencia de venta libre ofrezca beneficios particulares para las mujeres más jóvenes.

Si bien en muchos estudios se descubrió que las mujeres valoraban la privacidad y el control que les ofrecía la anticoncepción de urgencia de venta libre, en dos estudios se observó que les preocupaba tener poca interacción con los trabajadores de salud en la venta libre no supervisada. En ambos estudios, si bien había un amplio apoyo a la anticoncepción de urgencia sin receta (de entre el 78% y el 100%), una gran proporción de las mujeres expresó su preferencia por las modalidades de venta libre supervisada, que les permitían interactuar con un trabajador de la salud.

En muchos entornos, la anticoncepción de urgencia de venta libre se ofrece como una entre varias opciones, que incluyen la venta supervisada por el personal de farmacia, la venta con receta y la venta libre propiamente dicha (sin receta ni supervisión). En un estudio empleado para el examen de la eficacia se utilizó una modalidad combinada: las mujeres podían elegir si obtener la anticoncepción de urgencia de un trabajador de la salud. En dicho estudio no se encontraron diferencias entre los grupos y se observó un alto nivel de conocimientos en general sobre la anticoncepción de urgencia, aunque el acceso por medio de las farmacias derivó en mayor uso y satisfacción. Dado lo anterior y las observaciones sobre la eficacia de la anticoncepción de urgencia de venta libre, las modalidades combinadas de suministro, en las que se puede elegir dónde y cómo acceder a ella, quizá sean la mejor opción para responder a las diversas preferencias de las usuarias.



Los trabajadores de salud expresaron su preocupación de que proporcionar la anticoncepción de urgencia sin receta no permitiera brindar la suficiente instrucción ni asesoramiento sobre cómo usar el anticonceptivo correctamente y sobre otros servicios comunes de salud sexual y reproductiva, como el

uso de otros anticonceptivos y la detección de los cánceres cervicouterino y de mama y las infecciones de transmisión sexual. No se encontraron estudios que evaluaran el uso correcto al comparar entre las modalidades de suministro de venta libre y únicamente con receta. Sin embargo, en un estudio del Reino Unido no se observaron diferencias considerables en el conocimiento correcto (a diferencia del uso correcto) de la anticoncepción de urgencia entre las mujeres que la recibieron con receta médica y sin receta, ya que en ambos grupos había un conocimiento correcto superior al 90%. En otro estudio analizado no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de usuarias finales que señalaron haber recibido información adecuada sobre la materia entre la administración de venta libre y la administración con receta. En las investigaciones futuras se debe investigar el asunto más a fondo, para evaluar si el conocimiento correcto sobre la anticoncepción de urgencia se traduce en su uso correcto en las modalidades de venta libre. También se necesita investigarlo en los países de ingresos bajos y medianos.

Certeza de la evidencia para la recomendación

La evidencia disponible tuvo un grado de certeza moderado en general.

Fundamentos para la firmeza y el sentido de la recomendación

El Grupo de Elaboración de las Directrices emitió una recomendación firme a favor de la intervención. El grupo puso el énfasis en la equidad, que se fortalece al haber un mayor acceso por la modalidad de venta libre, y en el alto grado de viabilidad, dado que la intervención ya está disponible en muchos países.

Uso de los recursos



Los resultados de los estudios sobre los costos de la anticoncepción de urgencia de venta libre indican que ponerla a disposición mediante las farmacias en

América del Norte debería reducir los costos para el sector de la salud (tanto para los seguros privados como para los pagadores públicos). Tres estudios de modelización cumplieron los criterios de inclusión para el examen de los costos. Dos de ellos eran de Estados Unidos y uno de Canadá. En los tres se analizaron las repercusiones del acceso a la anticoncepción de urgencia en las farmacias (no propiamente de venta libre) y se observó que era previsible que esta contribuyera a reducir los costos para el sector de la salud en una variedad de supuestos. En ningún estudio se examinaron otros costos para el sector, los costos para las pacientes y las familias ni los efectos en la productividad. Será importante tener en cuenta la falta de datos sobre los efectos de los costos para las pacientes y las familias a medida que se amplíe el acceso a la anticoncepción de urgencia de venta libre.



El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que la anticoncepción de urgencia de venta libre era barata en muchos lugares y señaló que deberían mantenerse los subsidios gubernamentales cuando la distribución

se transfiriera a la modalidad de venta libre. También expresó su preocupación de que la carga del pago pueda recaer en las propias usuarias finales si su seguro de salud no cubre la opción de venta libre, lo que conlleva el riesgo de una menor accesibilidad. Por otra parte, esta intervención puede implicar ahorros para las usuarias finales, ya que no tienen que pagar una consulta médica, ir a un consultorio o tomarse tiempo libre del trabajo (con la consiguiente pérdida de ingresos) para acudir a una cita.

Viabilidad

El Grupo de Elaboración de las Directrices estuvo de acuerdo en que la intervención era viable, dado que los anticonceptivos de urgencia de venta libre ya están en uso en muchos países.

Equidad y derechos humanos



El Grupo de Elaboración de las Directrices estuvo de acuerdo en que es probable que esta intervención aumente el acceso, reduzca la discriminación y apoye los derechos humanos, especialmente entre las adolescentes y las mujeres jóvenes, así como entre las personas de orientación sexual, identidad y expresión de género diversas. Esto se debe a que la facilidad de acceso a la anticoncepción de urgencia podría eliminar la necesidad de acudir con un trabajador de la salud o de obtener el permiso de terceros, ya sean los padres, la pareja o el cónyuge. Sin embargo, es importante atender el contexto, ya que en algunos países no se permite vender anticonceptivos de urgencia a las personas solteras ni están fácilmente disponibles sin receta, sino solo bajo la supervisión del personal de farmacia. La evidencia parece indicar que la venta libre puede reducir los costos y responder a las preferencias de las usuarias, a la vez que no conlleva resultados negativos en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos.

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud

En total, en la revisión de valores y preferencias se incluyeron 55 estudios de 33 países. Fueron 38 estudios cuantitativos (todos ellos encuestas transversales), 11 estudios cualitativos y 6 estudios con métodos combinados. En 21 estudios se incorporó a las usuarias finales, en 33, a los farmacéuticos u otros trabajadores de salud o profesionales interesados directos, y en el restante, a ambos grupos.

De los estudios analizados, la mayoría se realizaron en Estados Unidos (19) y el Reino Unido (8), seguidos de Suecia (5), Canadá (4), Australia (3), India (3), Sudáfrica (2) y la República Popular Democrática de Corea (2). Se realizó un estudio en cada uno de los siguientes países: Alemania, Arabia Saudita, Austria, Barbados, Bélgica, Bulgaria, Eslovaquia, España, la Federación de Rusia, Francia, la Región Administrativa Especial de Hong Kong, Hungría, Indonesia, Jamaica, Kazajstán, Lituania, Nicaragua, Noruega, Pakistán, Polonia, Portugal, la República Checa, la República Democrática del Congo, Rumania y Serbia.

En los estudios de valores y preferencias, el apoyo entre las usuarias finales a la anticoncepción de urgencia de venta libre varió ampliamente dentro de los países y entre ellos, desde un apoyo del 12% entre las estudiantes preuniversitarias en la India hasta el 100% entre las mujeres que la utilizaron en Suecia. Las usuarias finales apoyaron ampliamente la anticoncepción de urgencia de venta libre porque consideraron que ofrecía un mejor acceso o disponibilidad; conveniencia; horarios más flexibles (particularmente los horarios del fin de semana); confidencialidad, privacidad o anonimato; y menores costos. También previeron que el suministro mediante venta libre implicaría menos oportunidades para que los trabajadores de salud emitieran juicios y les daría un mayor control a las mujeres.

Las usuarias finales que no apoyaban la anticoncepción de urgencia de venta libre expresaron su preocupación por una posible falta de privacidad o un mayor costo y prefirieron un contacto más personal con un trabajador de la salud para obtener apoyo e información. También manifestaron cierta preocupación porque aumente los comportamientos de riesgo. En un estudio se señaló que esta preocupación era por los demás, no por las usuarias mismas: las personas que participaron en el estudio, todas las cuales eran usuarias de la anticoncepción de urgencia, no creían que el uso de esta última determinara su propio comportamiento.



En los estudios de valores y preferencias entre farmacéuticos y otros trabajadores y profesionales de la salud, el apoyo a la anticoncepción de urgencia de venta libre varió ampliamente. En las encuestas

cuantitativas, el apoyo de los farmacéuticos varió del 16% en Dakota del Sur (Estados Unidos) al 97% en San Francisco (Estados Unidos). En general, el apoyo entre los médicos fue menor, desde el 6,1% en la República Popular Democrática de Corea hasta el 68,9% en Canadá. Los trabajadores de salud apoyaron la anticoncepción de urgencia de venta libre por razones muy similares a las de las usuarias finales. En algunos estudios se descubrió que los trabajadores de salud albergaban preocupaciones sobre los efectos secundarios, incluida la incapacidad para transmitir información sobre los efectos secundarios en las modalidades de venta libre, así como inquietudes sobre los efectos a largo plazo del uso repetido de la anticoncepción de urgencia. En cambio, en un estudio se observó que los trabajadores de salud apoyaban el suministro mediante venta libre porque pensaban que la anticoncepción de urgencia tenía relativamente pocos efectos secundarios.

También se encontró que los trabajadores de salud manifestaron preocupación sobre el aumento de los comportamientos de riesgo, el uso incorrecto o repetido de la anticoncepción de urgencia y la comunicación. En lo que respecta concretamente a la comunicación, a los trabajadores de salud les preocupaba que se desalentara el uso de otros anticonceptivos y pensaban que el suministro mediante venta libre podría impedir que se brindaran la instrucción y el asesoramiento necesarios. En algunos estudios, los trabajadores de salud manifestaron reservas religiosas o morales sobre el suministro mediante venta libre. En uno de ellos se reconoció que estas reservas eran más comunes entre los trabajadores de salud que creían que la anticoncepción de urgencia era una forma de aborto.



3.2.4 NUEVA RECOMENDACIÓN SOBRE LA AUTOADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS DE EMBARAZO

| | Recomendación |
|---------------------------------|--|
| Recomendación 21 (nueva) | La OMS recomienda que estén disponibles las pruebas de embarazo autoadministradas como una opción adicional a la prueba de embarazo realizada por un profesional de la salud para las personas que las soliciten. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza muy bajo)</i> |

Antecedentes

Las pruebas de orina para el embarazo miden la presencia de gonadotropina coriónica humana y se usan ampliamente para detectar el embarazo, tanto en el hogar como en los entornos clínicos. Si bien las pruebas de embarazo en orina para autoadministración (“pruebas de embarazo caseras”) se consiguen sin receta médica en muchos entornos de ingresos altos y medianos, en numerosos países de ingresos bajos y medianos pueden ser económicamente inasequibles para la mayoría de las personas fuera de los servicios públicos de salud, o no estar disponibles en absoluto, lo que deja los análisis de sangre realizados en establecimientos de salud como la única opción para confirmar el embarazo. Por ejemplo, en la mayoría de los países

de la región del Mediterráneo Oriental de la OMS, las pruebas de embarazo autoadministradas se consiguen con facilidad en las farmacias privadas, en particular en los entornos urbanos, y las utilizan principalmente las personas con mayores recursos socioeconómicos, debido al costo y al conocimiento sobre ellas (57).

Suministrar pruebas de embarazo para uso en el hogar puede implicar diversos beneficios para diferentes grupos de población. En Madagascar, los datos de un ensayo aleatorizado demostraron que suministrar pruebas de embarazo a los agentes de salud comunitarios para su distribución domiciliaria puede aumentar tanto la participación en los servicios de atención prenatal (54) como en los servicios de anticoncepción, ya que para iniciar algunos

métodos anticonceptivos es necesaria una prueba de embarazo negativa (58). Se ha demostrado que las pruebas de embarazo caseras son una opción aceptable y viable para el seguimiento en las parejas sometidas a reproducción asistida (59). También hay evidencia que apoya la eficacia, seguridad y aceptabilidad de las pruebas de embarazo en orina en lugar de una ecografía para confirmar que se consumió un aborto médico (60, 61).

Muchas personas en entornos de bajos recursos no pueden decidir si quieren tener hijos, ni cuántos hijos tener y cuándo. Un mayor acceso a intervenciones de autocuidado como las pruebas de embarazo autoadministradas podría apoyar la toma de decisiones de estas personas en materia de salud. Las medidas más amplias para suministrar pruebas de embarazo autoadministradas que se puedan usar en el hogar o en un lugar de elección también podrían favorecer una mayor autonomía de las personas, así como los diversos objetivos programáticos para impulsar la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos.

Resumen de la evidencia y consideraciones para la nueva recomendación

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS decidió examinar el efecto de aumentar la disponibilidad de las pruebas de embarazo para autoadministración.

La pregunta PICO era:

- ¿Deberían estar disponibles las pruebas de embarazo autoadministradas como una opción adicional a las pruebas en los consultorios?

Se realizó una revisión sistemática de los artículos publicados en revistas arbitradas de cualquier lugar y en cualquier idioma que examinaran la eficacia de las pruebas de embarazo autoadministradas, los valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud y el costo. Se utilizaron métodos estandarizados para buscar, tamizar y codificar los estudios que se examinarían. Se realizó un metanálisis utilizando modelos de efectos aleatorios, y las observaciones se resumieron en cuadros según el método GRADE. En la revisión se siguieron las directrices de PRISMA (15); el protocolo se publicó en PROSPERO (número de registro CRD42021231656) y la revisión sistemática, en una revista arbitrada (62).

Resultados

La revisión sistemática abarcó 414 referencias individuales, de las cuales se conservaron 62 para analizar el texto completo. En total, seis estudios (cinco ensayos controlados aleatorizados y un estudio observacional) cumplieron los criterios de inclusión para el examen de la eficacia. Cuatro ensayos controlados aleatorizados se llevaron a cabo con personas que se sometieron a un aborto médico en países diversos (Austria, Finlandia, India, Noruega, la República de Moldova, Suecia, Uzbekistán y Viet Nam). En estos cuatro ensayos se distribuyó aleatoriamente a las usuarias al seguimiento del aborto mediante pruebas de embarazo caseras y una llamada

telefónica o bien mediante una visita convencional a un consultorio, generalmente con una ultrasonografía para confirmar la terminación efectiva del embarazo. En el quinto ensayo controlado aleatorizado, realizado en Madagascar, se distribuyó al azar a los agentes de salud comunitarios para entregarles pruebas de embarazo que usarían con sus clientes en comparación con la atención convencional que, según mencionaron los autores, históricamente había sido una prueba de embarazo disponible solo en los consultorios.

En los ensayos controlados aleatorizados se obtuvo información sobre resultados: el seguimiento clínico apropiado y la edad gestacional al momento de enterarse del embarazo (conocimiento del embarazo) y de acudir para la atención prenatal o el aborto. El estudio observacional no aleatorizado proporcionó información sobre los mismos resultados, pero solo en relación con el seguimiento clínico apropiado.

En los cuatro ensayos controlados aleatorizados posteriores al aborto, el seguimiento clínico apropiado se evaluó en función de la pérdida al seguimiento, lo que significaba que la usuaria no regresó para la visita de seguimiento o que no fue posible contactar con ella por teléfono. En el metanálisis, no hubo diferencias significativas entre las ramas del estudio en cuanto a la pérdida al seguimiento (cociente de riesgos: 0,479; intervalo de confianza del 95%: 0,155–1,480). Hubo una considerable heterogeneidad, con una I^2 cuadrada de 87. La estratificación entre países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medianos no demostró diferencias significativas; no hubo otras estratificaciones.

El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que, dado que las pruebas de embarazo autoadministradas se encuentran con facilidad en muchos entornos, no era sorprendente que esta intervención no se hubiera estudiado ampliamente de manera comparativa, excepto en circunstancias determinadas. La evidencia presentada y la experiencia de los miembros del grupo estuvieron a favor de ampliar el acceso a las pruebas autoadministradas.

Certeza de la evidencia para la recomendación

La evidencia disponible tuvo un grado de certeza muy bajo en general.

Fundamentos para la firmeza y el sentido de la recomendación

El Grupo de Elaboración de las Directrices emitió una recomendación firme a favor de la intervención. Habida cuenta de la facilidad con que se obtienen las pruebas de embarazo autoadministradas en muchos entornos y los resultados positivos en la atención posaborto y los programas de agentes de salud comunitarios, el Grupo de Elaboración de las Directrices consideró que había evidencia de que el uso más amplio de pruebas de embarazo caseras podría generar beneficios dentro de los sistemas de salud (58, 63-66). Sin embargo, la falta de datos de una variedad más amplia de usuarias limita las conclusiones que se pueden extraer sobre los beneficios de esta intervención para la salud pública.

Uso de los recursos



Ningún estudio presentó datos primarios que examinaran la costoeficacia, un análisis de costo-utilidad ni una comparación de costos y beneficios de las pruebas de embarazo autoadministradas. Los costos de estas pruebas varían según el entorno y el producto en particular, pero generalmente deberían estar dentro de los límites de los costos de otros productos de venta libre. Las consideraciones sobre los costos deben contemplar no solo el costo de la prueba para la usuaria final, sino también la gama completa de costos para el sector de la salud (por ejemplo, los costos debidos al retraso en la atención del embarazo), los costos para otros sectores y las repercusiones en la productividad (por ejemplo, cuestiones relativas al trabajo y la mano de obra). Sería útil incorporar las evaluaciones de costos y de costoeficacia al buscar formas creativas de ampliar el acceso a estas pruebas dentro de los sistemas de atención de salud disponibles, como el uso de agentes de salud comunitarios.

Viabilidad

Todos los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices coincidieron en que esta recomendación era viable.

Equidad y derechos humanos

El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que las pruebas de embarazo autoadministradas eran aceptables y apreciadas por las usuarias finales. Ampliar su utilización dentro del sistema de salud, incluso en los programas de agentes de salud comunitarios, puede mejorar los resultados en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos. Lograr el acceso universal a las pruebas de embarazo autoadministradas puede alentar a las mujeres a buscar atención prenatal temprana, lo que contribuye a mejores resultados de salud para los padres, los recién nacidos y los niños.

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de las usuarias finales y los trabajadores de salud

En total, se incluyeron 16 estudios en el examen de valores y preferencias. Fueron 12 estudios cuantitativos (todos ellos encuestas transversales) y 4 estudios cualitativos. En cuanto a los grupos de población, en 6 eran usuarias de pruebas de embarazo en general o voluntarias, mientras que en 12 estudios se observó a las personas después de someterse a un aborto médico con seguimiento en el hogar, que incluyó una prueba de embarazo casera. No se encontraron estudios con trabajadores de salud u otros interesados directos. Los estudios se realizaron en diversos lugares: Estados Unidos (5), Reino Unido (3), India (2), Viet Nam (2) y 1 en cada uno de los siguientes países: Arabia Saudita, Austria, Finlandia, Francia, Noruega, la República de Moldova, Sudáfrica, Suecia, Túnez y Uzbekistán.

Entre las personas que se sometieron a abortos médicos, la evidencia indicó que la mayoría de quienes recibieron atención domiciliaria con una prueba de embarazo mencionaron que preferirían esta opción en el futuro; el apoyo varió desde el 76,1% en la República de Moldova y Uzbekistán hasta el 98,5% en Sudáfrica. En dos ensayos con grupos clínicos de comparación, la atención domiciliaria siguió siendo la opción preferida entre las personas participantes en los grupos clínicos. Cuando se les preguntó a las participantes, fue evidente que la mayoría en los distintos estudios señalaron que la atención domiciliaria les resultaba aceptable y que se la recomendarían a una amiga.

El Grupo de Elaboración de las Directrices estuvo de acuerdo en que los aspectos que las personas consideraron respecto a las pruebas de embarazo fueron los resultados rápidos, la conveniencia, la confidencialidad y privacidad, el costo y la exactitud, y que la disponibilidad y el acceso a las pruebas de embarazo podrían influir en la relación de las personas con su cuerpo, así como sus funciones, relaciones y responsabilidades sociales. El Grupo de Elaboración de las Directrices también reconoció los posibles daños de acudir a un consultorio para hacerse una prueba de embarazo, debido a las interpretaciones que se pueden hacer sobre el hecho de que la persona esté embarazada y tenga relaciones sexuales; así pues, una prueba de embarazo autoadministrada reduciría la estigmatización y aumentaría la autonomía de la persona.

3.3 ELIMINACIÓN DE LOS ABORTOS PELIGROSOS²

La atención del aborto médico abarca el tratamiento de diversas afecciones clínicas, que comprenden el aborto espontáneo e inducido (tanto en embarazos viables como no viables), el aborto incompleto, la muerte fetal intrauterina y la anticoncepción posterior al aborto. La pauta posológica para el aborto médico (aborto inducido con medicamentos) por lo general consiste en una combinación de mifepristona y misoprostol o la administración de misoprostol por sí solo.

La atención del aborto médico desempeña un papel crucial en la atención segura, eficaz y aceptable del aborto. Tanto en los entornos de altos recursos como en los de bajos, el uso de métodos médicos para el aborto ha contribuido a la distribución de tareas y al uso más eficiente de los recursos. La atención del aborto médico reduce la necesidad de abortos quirúrgicos y ofrece una opción no invasiva y muy aceptable para las personas embarazadas (67).



Además, muchas intervenciones para la atención del aborto médico, en particular las que se realizan en etapas tempranas del embarazo, ahora se pueden

² Los servicios de aborto seguro deben estar fácilmente disponibles y ser asequibles para todas las mujeres, según lo permitido por la ley. Las estrategias de autogestión reflejan una extensión activa de los sistemas de salud y la atención de salud. Estas recomendaciones no representan un respaldo al uso por parte de las propias mujeres sin acceso a la información o sin el respaldo de un trabajador de la salud capacitado o un establecimiento de salud. Todas las mujeres deben tener acceso a los servicios de salud si los desean o los necesitan.

proporcionar en el nivel de atención primaria y de forma ambulatoria, lo que amplía todavía más el acceso a la atención. Las estrategias de autoevaluación y autogestión empoderan a las

personas y ayudar a filtrar la atención, lo que deriva en un mejor uso de los recursos de atención médica. La OMS recomienda la autogestión del aborto médico (67).



3.3.1 RECOMENDACIONES EN VIGOR SOBRE EL AUTOCUIDADO EN EL ABORTO MÉDICO Y LA ANTICONCEPCIÓN POSTERIOR AL ABORTO

| | Recomendación |
|-------------------------|---|
| Recomendación 22 | Se recomienda la autoevaluación del cumplimiento de los criterios de idoneidad para el aborto médico en el contexto de una investigación rigurosa. |
| Recomendación 23 | Se recomienda aplicar tratamiento con mifepristona y misoprostol sin supervisión directa de un profesional de la salud en circunstancias específicas. Se recomienda esta opción cuando las mujeres pueden acceder a una fuente de información precisa y a un profesional de la salud si lo necesitaran o desearan en cualquier etapa del proceso. |
| Recomendación 24 | En circunstancias específicas, se recomienda la autoevaluación para verificar la finalización del proceso de aborto mediante pruebas de embarazo y listas de verificación. Se recomienda esta opción cuando se hayan utilizado mifepristona y misoprostol, y cuando la mujer cuente con información precisa y pueda acceder a un profesional de la salud si lo necesitara o deseara en cualquier momento del proceso. |
| Recomendación 25 | Se recomienda la autoadministración de anticonceptivos inyectables en circunstancias específicas. Se recomienda esta opción en los contextos donde haya mecanismos para proporcionar a la mujer información y capacitación apropiadas, con una sólida vinculación con los servicios de referencia a un profesional de la salud y donde se puedan garantizar la vigilancia y el seguimiento. |
| Recomendación 26 | Para quienes tengan un aborto médico con el tratamiento combinado (mifepristona y misoprostol) o solo con misoprostol y deseen un anticonceptivo hormonal (anticonceptivos orales, parche, anillo, implante o inyecciones), se recomienda ofrecerles la opción de iniciar la anticoncepción hormonal inmediatamente después de la administración del primer comprimido abortivo. |

3.4 LUCHA CONTRA LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUIDO EL VIH, LAS INFECCIONES DEL APARATO REPRODUCTOR, EL CÁNCER CERVICOUTERINO Y OTRAS ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las enfermedades transmisibles más comunes y afectan la salud y la vida de las mujeres, los hombres y los bebés en todo el mundo. Las personas que las padecen también se enfrentan a la estigmatización, los estereotipos y la vergüenza, y son susceptibles de violencia de género. Se estima que, cada año, hay unos 357 millones de casos nuevos de cuatro infecciones de transmisión sexual curables: clamidiosis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. Muchas de estas infecciones —en particular la clamidiosis, la gonorrea, la hepatitis B, el herpes, la sífilis y el VIH— pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo y el parto.

La OMS recomienda la autorrecolección de muestras para detectar *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* como un método adicional para prestar los servicios de pruebas para las infecciones de transmisión sexual, al igual que la autorrecolección de muestras para detectar *Treponema pallidum* (sífilis) y *Trichomonas vaginalis*, cuando sea pertinente (68).

La infección por el VIH ataca al sistema inmunitario del organismo, en particular un tipo de glóbulos blancos denominados linfocitos T CD4. El VIH se puede diagnosticar mediante pruebas de diagnóstico rápido sencillas y asequibles, y la OMS recomienda las pruebas autoadministradas para la detección del VIH (“autoadministración de pruebas del VIH”). Es importante que los servicios de pruebas del VIH cumplan con cinco requisitos fundamentales: consentimiento, confidencialidad, asesoramiento, resultados correctos y vinculación con el tratamiento y con otros servicios.

El cáncer cervicouterino es el cuarto cáncer más frecuente en las mujeres. Se calcula que, en el 2020, se diagnosticó cáncer cervicouterino en 604 000 mujeres en todo el mundo, y alrededor de 342 000 mujeres murieron por esta causa. Casi todos los casos de cáncer cervicouterino (99%) se relacionan con la infección por el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, un virus extremadamente común que se transmite por contacto sexual. La prevención efectiva, tanto primaria (vacunación contra el VPH) como secundaria (detección y tratamiento de las lesiones precancerosas), logrará prevenir el cáncer cervicouterino en la mayoría de los casos. Cuando se diagnostica, el cáncer cervicouterino es una de las formas de cáncer más susceptibles de un tratamiento exitoso, siempre y cuando se descubra temprano y se trate de manera eficaz. La OMS recomienda la toma de muestras por la propia mujer (“automuestreo del VPH”) como un medio esencial para mejorar el tamizaje para el cáncer del cuello uterino (69).



3.4.1 RECOMENDACIONES EN VIGOR SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUIDO EL VIH, Y EL CÁNCER CERVICOUTERINO

| | Recomendación |
|-------------------------|---|
| Recomendación 27 | El automuestreo del VPH debería estar disponible como una opción adicional a la toma de muestras por los servicios de detección del cáncer cervicouterino para las personas de 30 a 60 años. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Recomendación 28 | La toma de muestras por la propia persona para detectar <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i> debería estar disponible como una opción adicional a los servicios de pruebas de las ITS. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Recomendación 29 | Se recomienda que se considere la autorrecolección de muestras para <i>Treponema pallidum</i> (sífilis) y <i>Trichomonas vaginalis</i> como un método adicional a la prestación de servicios de pruebas de ITS. <i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza bajo)</i> |
| Recomendación 30 | Se debe ofrecer la autoadministración de pruebas para detectar la infección por el VIH como un método adicional a los servicios de pruebas de detección del VIH. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Recomendación 31 | Se deben ofrecer intervenciones acerca de la autoeficacia y el empoderamiento sobre salud sexual y reproductiva y derechos conexos a las mujeres con infección por el VIH para maximizar su salud y para que se respeten sus derechos. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza bajo)</i> |



3.4.2 CONSIDERACIONES CLAVE SOBRE EL ACCESO A LA PROFILAXIS ANTERIOR A LA EXPOSICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

| | Recomendación |
|--------------------------------------|---|
| Consideración clave 2 (nueva) | <ul style="list-style-type: none"> • OMS recomienda que se ofrezca la PrEP por vía oral y el anillo vaginal con dapivirina a las personas que se encuentren en riesgo considerable de contraer la infección por el VIH. • Es indispensable la disponibilidad y el acceso equitativo a la PrEP, además de que se brinde información sobre su uso, para garantizar una mayor aceptación. • La provisión de PrEP en farmacias puede representar una oportunidad única para ampliar el acceso a ella en un entorno comunitario. • Todo modelo de administración de PrEP en las farmacias debería garantizar el cumplimiento con los procedimientos recomendados por la OMS para iniciarla y mantenerla, con inclusión de pruebas para detección del VIH, pruebas de creatinina y otras pruebas y orientación adecuadas. • La decisión de ofrecer la PrEP en las farmacias se deberá tomar en consonancia con las leyes y regulaciones locales; asimismo, será necesario que haya vínculos apropiados con los sistemas de salud y la participación comunitaria. |

Antecedentes

Se llama profilaxis anterior a la exposición (PrEP) al empleo de medicamentos antirretrovirales por las personas no infectadas por el VIH para prevenir la infección. Puede consistir en la toma de un comprimido por vía oral (que generalmente contiene tenofovir y emtricitabina), ya sea diaria o en caso necesario (es decir, al tener relaciones sexuales), o bien en el empleo de un anillo vaginal de dapivirina. La información reciente indica que pronto podría agregarse una formulación inyectable de acción prolongada como otra opción.

La OMS recomienda que se ofrezca esta profilaxis a las personas con un alto riesgo de contraer la infección por el VIH, como una opción preventiva adicional y parte de una estrategia combinada para la prevención (70).

Resumen de la evidencia y consideraciones

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS decidió examinar la administración de PrEP de venta libre en las farmacias como un posible medio para aumentar el acceso. Se realizó una revisión sistemática para abordar dos preguntas PICO relacionadas entre sí: si la administración de la PrEP debería iniciarse en las farmacias y si la administración de la PrEP debería continuarse en las farmacias.

- ¿Debería poder iniciarse la PrEP después del tamizaje por parte de un farmacéutico, sin receta médica?
- ¿Debería poder continuarse la PrEP por un farmacéutico, sin receta médica?

Se revisó la literatura médica en tres áreas pertinentes para responder estas preguntas: la eficacia de la intervención, los valores y preferencias de los usuarios finales y los trabajadores de salud y la información sobre los costos. En la revisión se siguieron las directrices de PRISMA (15); el protocolo se publicó en PROSPERO (número de registro CRD42021231650) y la revisión sistemática, en una revista arbitrada (71).

Resultados

Ningún artículo cumplió con los criterios de inclusión para el examen de la eficacia, ni con respecto al inicio de la PrEP ni con respecto a su continuación. Sin embargo, siete estudios de caso que presentaban datos no comparativos de programas sobre la PrEP en las farmacias demostraron la viabilidad de este modelo en Estados Unidos. En once estudios se informó sobre los valores y las preferencias. En Estados Unidos, Kenya y Sudáfrica, los posibles usuarios de la PrEP generalmente apoyaban el acceso por medio de las farmacias, aunque algunos expresaron su preferencia por el acceso en los consultorios. En un estudio de usuarios reales de la PrEP en las farmacias, todos manifestaron que “definitivamente recomendarían” el programa. En seis estudios se descubrió que los farmacéuticos por lo general estaban a favor de ofrecer la profilaxis. En un estudio con médicos, el respaldo era más limitado, mientras que en un estudio de diversos interesados en Kenya se encontró un amplio apoyo. En tres estudios se presentaban datos sobre los costos que indicaron la disposición de los usuarios en Kenya y Estados Unidos a pagar, e indicaron la sostenibilidad inicial de un modelo financiero de consultorios en Estados Unidos.

Al avanzar el despliegue de la PrEP en todas las regiones, conforme se cuente con más información del seguimiento en materia de seguridad se podrían reducir los requisitos de vigilancia por medios de laboratorio. Durante la pandemia de COVID-19 se han hecho adaptaciones al suministro de la PrEP para favorecer su continuación, como el uso de pruebas autoadministradas de VIH y de plataformas virtuales y telemedicina para brindar apoyo. Las nuevas investigaciones sobre su aplicación podrían explorar cómo incorporar estas estrategias en un modelo futuro de PrEP en las farmacias. No obstante, se deberá prestar atención a que no aumenten los resultados negativos si se ofrece la PrEP con menos vigilancia mediante pruebas de laboratorio.

Uso de los recursos



En dos de los estudios de casos se presentaban datos sobre los costos para el sector de la salud y para los pacientes o las familias, y en un estudio sobre valores y preferencias también se examinó la disposición a pagar la PrEP. Los dos primeros se realizaron en Estados Unidos. En cuanto a los costos para el sector de la salud, un consultorio informó que los costos iniciales se recuperaron en nueve meses. La sostenibilidad financiera dependía de la posibilidad de que los farmacéuticos facturaran sus servicios a los planes de seguro. En cuanto a los costos para los pacientes y las familias, el 98%

de los pacientes de un estudio no pagaron nada por su PrEP; en otro estudio, algunos participantes estaban dispuestos a pagar US\$ 20 trimestrales por las visitas para la PrEP, y otros, US\$ 60 trimestrales. Finalmente, en un estudio en Kenya se descubrió que más de la mitad de los participantes estaban dispuestos a pagar por la PrEP, aunque el 78% señaló que lo máximo que pagarían por el suministro para un mes eran menos de US\$ 5.

Viabilidad

Los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices coincidieron en que se había demostrado que el suministro de PrEP oral por medio de las farmacias era viable en Estados Unidos y era aceptable para los usuarios finales y los interesados directos en múltiples entornos. La viabilidad también puede depender de la capacidad de las farmacias para hacer pruebas de laboratorio, o de sus vínculos con una red de laboratorios.

Equidad y derechos humanos

El Grupo de Elaboración de las Directrices estuvo de acuerdo en que la equidad en materia de salud para los grupos de población subatendidos y marginados mejoraría si hubiera un mayor acceso y cobertura de esta intervención para la prevención del VIH, comprobada y eficaz. Sin embargo, hace falta más investigación debido a la poca evidencia sobre la eficacia y la falta de datos de los países de ingresos bajos y medianos.

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de los usuarios finales y los trabajadores de salud

Para el examen sobre valores y preferencias se encontraron once estudios; ocho se realizaron en Estados Unidos, dos en Kenya y uno en Sudáfrica. En siete de los estudios se utilizaron métodos cuantitativos, por lo general encuestas transversales, mientras que en cuatro se emplearon métodos cualitativos, por lo general entrevistas en profundidad.

En muchos de los estudios no se explicaban las razones de fondo para que los usuarios estuvieran a favor de la PrEP en las farmacias. En Estados Unidos, los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres hicieron hincapié en la importancia de la privacidad y la confidencialidad y en que el personal de las farmacias fuera amable. En un estudio en Sudáfrica (72) se destacaron las diferencias entre los subgrupos, ya que se observó que las preferencias hacia la PrEP en las farmacias diferían entre las mujeres, los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y los hombres que tenían relaciones sexuales con mujeres. Tales diferencias concuerdan con otras observaciones anteriores sobre las preferencias de los usuarios respecto al suministro de la PrEP en términos más amplios (73, 74). Además, incluso dentro de cada uno de estos grupos, las preferencias de los usuarios pueden estar determinadas por el contexto geográfico, económico y sociocultural.

En la revisión se encontró que el suministro de la PrEP en las farmacias era muy aceptable entre los grupos marginados,

como los hombres negros que tienen relaciones sexuales con hombres en el sur de Estados Unidos. El Grupo de Elaboración de las Directrices consideró que las personas de determinados grupos de población a menudo enfrentaban obstáculos críticos para acceder a la PrEP por los medios más convencionales, y que el suministro en las farmacias puede ser una importante opción adicional para llegar a ellas. También es fundamental comprender las perspectivas de las personas y comunidades subatendidas, como las personas transgénero o las que usan drogas, que pueden quedar excluidas de la investigación sobre la PrEP.



La información sobre los trabajadores de salud mostró respuestas favorables y desfavorables en cuanto al acceso a la PrEP en las farmacias. Algunos trabajadores de salud manifestaron su preocupación por tener que destinar más tiempo a una nueva tarea, aunque en uno de los estudios de casos examinados se observó que la alteración del ritmo de trabajo era mínima. Fue común la inquietud sobre la capacitación y las habilidades insuficientes para suministrar la PrEP. Si bien las pautas para la PrEP y los requisitos clínicos en las visitas varían según los entornos, los farmacéuticos necesitan, como mínimo, capacitación y supervisión para realizar análisis de VIH y de depuración de creatinina, junto con pruebas de embarazo, detección de infecciones de transmisión sexual y otras pruebas, según el entorno. Junto con la capacitación y la supervisión, las estrategias para apoyar el acceso a los laboratorios, ya sea en el propio establecimiento o en otro lugar, serán fundamentales para ofrecer la PrEP en las farmacias.

3.5 PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL

La promoción de la salud sexual es una de las cinco esferas prioritarias de la Estrategia de salud reproductiva de la OMS (75). La definición práctica de la OMS de la salud sexual es un “estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; y no de mera ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias”. Cuando la salud sexual se concibe de un modo afirmativo, se necesita un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, y la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia (76).

Los aspectos relacionados con la salud sexual son de gran alcance y abarcan la orientación sexual y la identidad de género, la expresión sexual, las relaciones y el placer. La capacidad de las personas para lograr la salud y el bienestar sexuales depende de lo siguiente:

- el acceso a información integral y de buena calidad sobre el sexo y la sexualidad;
- el conocimiento de los riesgos a los que pueden enfrentarse y su vulnerabilidad a las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección;
- la capacidad para acceder a la atención de la salud sexual; y

- la posibilidad de vivir en un ambiente que afirme y promueva la salud sexual.

3.5.1 ORIENTACIÓN DISPONIBLE SOBRE LA EDUCACIÓN SEXUAL

La publicación de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia*, del 2018, ofrece una nueva definición de la educación integral en sexualidad (EIS; véase el glosario en el anexo 4) y una descripción que hace hincapié en que esta es un proceso para empoderar a los niños y jóvenes. En su conjunto, la publicación constituye la serie de temas recomendados en materia de educación integral en sexualidad y de orientaciones sobre su impartición efectiva y sobre las consideraciones clave para comprender el ámbito cambiante de la educación integral en sexualidad (77).

En la sección sobre la ejecución de programas eficaces de educación integral en sexualidad se presentan catorce recomendaciones sobre la elaboración de currículos eficaces, entre ellas diez sobre el diseño y la aplicación de los programas de EIS, tres sobre la supervisión y la evaluación de los programas y diez principios clave para ampliar la educación en sexualidad (77).

3.5.2 ORIENTACIÓN DISPONIBLE SOBRE LA SEXUALIDAD

En la publicación de la OMS del 2018, *Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*, se menciona la evaluación de la autoeficacia y la autoestima, aunque no se hace una recomendación al respecto. En el estudio fundamental sobre adolescentes, realizado en Washington, D.C. (Estados Unidos) se utilizó el programa ASSESS (sigla en inglés de conciencia, habilidades, autoeficacia o autoestima y apoyo social). En él se preconiza “aumentar la conciencia de los adolescentes sobre los riesgos sexuales, las habilidades para evitar las situaciones sexuales de riesgo, la autoeficacia (como la sensación de que se puede resistir la presión de los pares) y el apoyo social (de modo que los adolescentes expresaron sentirse alentados por el médico)” (78).

3.5.3 ORIENTACIÓN DISPONIBLE SOBRE EL AUTOCUIDADO EN RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE PAREJA Y LA VIOLENCIA SEXUAL

Los resultados psicológicos negativos de la violencia pueden inhibir el autocuidado. La violencia contra la mujer tiende a aumentar en cualquier tipo de emergencia extendida, como ocurrió durante la pandemia de COVID-19 (79). Las mujeres mayores o con discapacidad, las minorías sexuales y de género y los grupos de población (de cualquier género)

afectados por conflictos o crisis humanitarias también son particularmente vulnerables. Pueden verse afectados el acceso a una atención de buena calidad y la capacidad de autocuidado de estas personas y comunidades.

El documento de orientación de la OMS del 2014, *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o*

violencia sexual. Manual clínico (publicado por la OPS en el 2016) contiene un plan para el autocuidado después de una agresión sexual, que incluye la atención de las lesiones y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, así como orientación para fortalecer los métodos positivos de afrontamiento después de un suceso violento (véase el recuadro 3.1) (80).

RECUADRO 3.1. PLANES QUE SE PUEDEN RECOMENDAR A LAS SOBREVIVIENTES PARA EL AUTOCUIDADO DESPUÉS DE UN EPISODIO DE AGRESIÓN O VIOLENCIA SEXUAL

Después de una agresión sexual

Explique los hallazgos de la exploración y el tratamiento

Comente con la sobreviviente de la agresión los hallazgos de la exploración física, las implicaciones para la salud y cualquier tratamiento proporcionado. Anímela a formular preguntas o expresar sus preocupaciones. Responda en detalle y compruebe que la sobreviviente haya comprendido.

Atención de las lesiones

- Enseñe a la sobreviviente cómo atender las lesiones.
- Describa los signos y síntomas de la infección de las heridas: herida caliente, roja, dolorosa o hinchada; presencia de sangre o pus; mal olor; fiebre. Recomiende una visita de seguimiento a un prestador de atención de salud si aparece alguno de estos signos.
- Explique la importancia de completar el tratamiento con cualquier medicamento prescrito, en particular los antibióticos. Comente todos los posibles efectos colaterales y qué hacer al respecto.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

- Comente los signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Recomiende acudir a una visita de seguimiento para recibir tratamiento si se presenta algún signo o síntoma.
- Pida a la sobreviviente que se abstenga de tener relaciones sexuales hasta que todos los tratamientos o profilaxis para las ITS hayan terminado. Fomente el uso de condones durante las relaciones sexuales, al menos hasta que se haya determinado la presencia o ausencia de ITS y VIH en la visita a los tres o seis meses.

Seguimiento

- Planifique visitas de seguimiento a las dos semanas, al mes y a los tres y seis meses después de la agresión.

Después de la violencia

Después de un suceso violento, la sobreviviente puede tener dificultades para volver a su vida habitual. Anímela a dar pasos pequeños y sencillos. Hable con ella sobre su vida y actividades. Comenten y planifiquen juntos; brinde el consuelo de que las cosas probablemente mejorarán con el tiempo.

Anime a las supervivientes a:

- aprovechar sus fortalezas y habilidades y los métodos de afrontamiento que han utilizado en situaciones difíciles del pasado;
- continuar con las actividades normales, en especial las que solían ser interesantes o placenteras;
- practicar actividades relajantes para reducir la ansiedad y la tensión;
- mantener un horario de sueño regular y no dormir demasiado;
- realizar actividad física con regularidad;
- evitar el uso de medicamentos sin receta, alcohol o drogas ilegales para tratar de sentirse mejor;
- reconocer los impulsos de autolesión o suicidio y, si se presentan, acudir lo antes posible en busca de ayuda;
- regresar para una visita de seguimiento si estas sugerencias no le sirven.

Source: adapted from WHO (80).



3.5.4 NUEVA RECOMENDACIÓN SOBRE EL USO DE LUBRICANTES PARA LA SALUD SEXUAL

| | Recomendación |
|---------------------------------|---|
| Recomendación 32 (nueva) | La OMS recomienda que estén disponibles lubricantes para el uso optativo durante la actividad sexual entre las personas sexualmente activas. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |

Antecedentes

El uso de lubricantes íntimos durante las relaciones sexuales puede resultar en una mejor salud y bienestar sexual, incluso para las personas que experimentan sequedad vaginal secundaria a la menopausia (81), las personas que experimentan dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales u otra actividad sexual que implica penetración vaginal) (81) o las personas que realizan el coito anal (82). Los lubricantes también pueden facilitar la función sexual óptima y el placer para las personas sexualmente activas de todos los géneros, independientemente de las condiciones de salud particulares, y mejorar las relaciones de pareja.

A nivel mundial, hay una amplia gama de productos lubricantes en el mercado, que se utilizan durante el coito anal y vaginal. Si bien el uso de lubricantes puede ser útil por lo general, los productos de mala calidad empleados como lubricantes pueden ser dañinos para la salud.

Resumen de la evidencia y consideraciones para la nueva recomendación

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS decidió examinar el uso de lubricantes antes o durante las relaciones sexuales para mejorar la salud y el bienestar sexuales.

La pregunta PICO era:

- ¿El uso de lubricantes antes o durante las relaciones sexuales mejora la salud y el bienestar sexuales?

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones en revistas arbitradas para conocer la eficacia de la intervención, los valores y preferencias de los usuarios finales y los trabajadores de salud y la información sobre los costos. Específicamente, en los estudios de la revisión sistemática se comparó el uso de lubricantes durante la actividad sexual con la ausencia del mismo. Los resultados motivo de interés en esta revisión fueron: sequedad vaginal; dolor durante la penetración vaginal o anal; disfunciones de la excitación sexual (disfunción de la excitación sexual femenina, disfunción eréctil masculina); deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y placer; flujo vaginal y vaginosis bacteriana; efectos secundarios (irritación, infecciones [por levaduras, del aparato reproductor, de transmisión sexual, de las vías urinarias]); infecciones de transmisión sexual y VIH (incidencia, prevalencia,

transmisión, etc.); autoeficacia, autodeterminación, autonomía y empoderamiento en torno a la salud sexual y la sexualidad (confianza, comunicación con las parejas, autoestima); y otros eventos adversos o daños sociales (por ejemplo, coacción, violencia, [incluida la violencia de pareja, la violencia por miembros de la familia o de la comunidad, etc.], daño psicosocial, autolesión, etc.), y si tales daños se corrigieron o si hubo reparación para ellos.

En la revisión se siguieron las directrices de PRISMA (15) y el protocolo se publicó en PROSPERO (número de registro CRD 42020208976). La revisión sistemática se publicó en una revista arbitrada (82).

Resultados

La revisión sistemática abarcó 7578 referencias individuales, de las cuales se conservaron 60 para analizar el texto completo. En última instancia, siete estudios cumplieron con los criterios de inclusión para el examen de la eficacia; de ellos, dos fueron ensayos controlados aleatorizados y cinco fueron estudios observacionales. Los ensayos controlados aleatorizados se realizaron en Estados Unidos y Zimbabwe y los estudios observacionales, en Australia y Estados Unidos.

Los estudios examinados en la revisión proporcionaron datos sobre varios resultados de interés, específicamente deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y placer; infecciones de transmisión sexual y VIH; y sequedad vaginal o dolor durante la penetración vaginal o anal. En un ensayo controlado aleatorizado en mujeres adultas sexualmente activas en parejas heterosexuales estables en Estados Unidos se observó que el uso de lubricantes se asoció con una mejora del bienestar sexual femenino. Además, en otro ensayo controlado aleatorizado, realizado en Zimbabwe en mujeres sexualmente activas, se observó que el uso de lubricantes no influyó en la incidencia del VPH. Por último, en un estudio observacional en Estados Unidos en hombres que se autodefinieron como homosexuales y bisexuales, se descubrió que el uso de lubricantes se asoció con un menor grado de dolor durante el coito anal activo y pasivo. Asimismo, en otro estudio observacional entre mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en Australia se encontró que el uso de lubricantes se asoció con menor dispareunia (dolor genital durante las relaciones sexuales) y menor malestar sexual.

No se encontraron datos comparativos cuantitativos, ni de los ensayos controlados aleatorizados ni de los estudios observacionales, relacionados con disfunciones de la excitación sexual, flujo vaginal y vaginosis bacteriana, efectos secundarios como irritación, infecciones (por levaduras, del aparato reproductor, de las vías urinarias) ni otros efectos secundarios, eventos adversos o daños sociales.

Certeza de la evidencia para la recomendación

The available evidence was of moderate certainty overall.

Fundamentos para la firmeza y el sentido de la recomendación

La evidencia disponible tuvo un grado de certeza moderado en general.

Uso de los recursos



En esta revisión no se encontró evidencia sobre los costos directos. Sin embargo, el Grupo de Elaboración de las Directrices señaló que la disponibilidad y los costos de los lubricantes varían según el entorno. Los responsables de las políticas deben reconocer las implicaciones económicas. Además, el Grupo de Elaboración de las Directrices comentó los posibles costos relacionados con los daños sociales que pueden afrontar los usuarios al comprar lubricantes.

Viabilidad

Todos los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices coincidieron en que esta recomendación era viable, dado que los lubricantes ya estaban disponibles en muchos lugares del mundo. No obstante, en algunos lugares puede haber limitantes legales, y los lubricantes pueden ser menos accesibles en las zonas rurales.

Equidad y derechos humanos



No se previeron cuestiones importantes en materia de equidad o derechos humanos al poner a disposición los lubricantes para uso opcional durante la actividad sexual. El Grupo de Elaboración de las Directrices coincidió en que la equidad en materia de salud aumentaría si los lubricantes estuvieran más ampliamente disponibles y se usaran más durante la actividad sexual, al promover el respeto y mejorar la salud y el bienestar sexuales.

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de los usuarios finales y los trabajadores de salud

En total, se incluyeron 22 estudios en el examen de valores y preferencias. De estos estudios, 13 fueron cuantitativos (9 de ellos transversales) y 8 fueron cualitativos. Casi la mitad se llevaron a cabo en países de ingresos altos, cuatro en países de ingresos medianos altos, tres en países de ingresos medianos bajos y uno en un país de ingresos bajos. El país con más

estudios fue Estados Unidos (nueve), seguido de Sudáfrica (cuatro), Zimbabue (tres) y Australia (dos). Se realizó un estudio en cada uno de esos países: Canadá, Perú, República Unida de Tanzania, Tailandia, Uganda y Zambia. Todos los estudios trataron sobre los valores y preferencias de los usuarios finales de los lubricantes; no se encontraron estudios sobre los valores y preferencias de los trabajadores de salud.

Los grupos de población de los estudios variaron ampliamente y abarcaron personas heterosexuales, hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, personas con y sin VIH, personas con dispareunia y clientes de servicios para las infecciones de transmisión sexual.

En términos generales, el apoyo para el uso de lubricantes en los estudios fue positivo y varió entre el 55% y el 100%. Por lo común, se prefirieron los lubricantes de base acuosa a los de base oleosa o a la ausencia de lubricante. Se manifestaron diversas preferencias en cuanto al olor, el gusto o sabor, el color y la fragancia de los lubricantes.

Las razones por las cuales a las personas les gustaban los lubricantes o elegirían usarlos variaron ampliamente e incluyeron la comodidad, la reducción de la sequedad, el dolor o la incomodidad y el aumento del placer (para ellas o sus parejas); la preferencia de su pareja; la facilidad para el orgasmo (por ejemplo, la capacidad de llegar al orgasmo, el tiempo necesario para el orgasmo o la calidad del mismo); la preferencia por un coito más húmedo; la curiosidad; un mejor jugueteo previo; una penetración limpia, rápida y fácil; menor riesgo de desgarro de la vulva, la vagina o el ano; una excitación más fácil y mejor disposición para el coito; la reciprocidad; menor probabilidad de que los condones se sequen o se rompan; y hacer más agradable el uso del condón. El Grupo de Elaboración de las Directrices reconoció que los beneficios de los lubricantes íntimos eran muchos y variados, pero que en general era importante que las personas tuvieran la opción de usarlos.

Las razones por las que a las personas no les gustaban los lubricantes o elegirían no usarlos también variaron ampliamente e incluyeron: que los lubricantes se percibían como pegajosos, resbalosos, húmedos, sucios, demasiado líquidos o gelatinosos, o que causaban ardor, comezón o fugas (una molestia); o que usarlos consumía demasiado tiempo; que los lubricantes eran caros, difíciles de conseguir o no estaban disponibles; que las personas no estaban preparadas en el calor del momento o que el uso de los lubricantes interrumpía la interacción sexual; que las personas o sus parejas preferían el coito seco o los productos no comerciales (por ejemplo, saliva o líquido preeyaculatorio); o bien que los participantes percibían que los lubricantes eran solo para personas mayores o no consideraban necesitarlos. El Grupo de Elaboración de las Directrices también reconoció que había algunas incógnitas sobre el contenido y la calidad de los lubricantes.



3.5.5 CONSIDERACIONES CLAVE SOBRE LA AUTOADMINISTRACIÓN DE HORMONAS PARA LA REAFIRMACIÓN DE GÉNERO POR PERSONAS TRANSGÉNERO Y DE GÉNERO DIVERSO

| | Recomendación |
|--------------------------------------|--|
| Consideración clave 3 (nueva) | <ul style="list-style-type: none">• Los principios de la igualdad de género y los derechos humanos en la provisión de hormonas para la reafirmación de género de alta calidad son fundamentales para ampliar el acceso a esta importante intervención y reducir la discriminación basada en la identidad de género.• Las personas transgénero o de género diverso viven dentro de sistemas sociales, jurídicos, económicos y políticos que las someten a un alto riesgo de discriminación, exclusión, pobreza y violencia.• Se necesita con urgencia realizar investigaciones para apoyar la elaboración de directrices basadas en la evidencia. |

Antecedentes

La atención integral para las personas transgénero y de género diverso es crítica y, sin embargo, muy a menudo no está disponible. Los sistemas de salud deben diseñarse de modo que apoyen a las personas al buscar las intervenciones que desean para reafirmar su identidad de género. El apoyo a las intervenciones de reafirmación de género debe ser parte de una amplia estructura de apoyo para lograr que no se cause más daño, marginación, estigmatización o discriminación a las personas transgénero y de género diverso, a quienes con frecuencia se atiende mal en los sistemas de salud.

El tratamiento hormonal de reafirmación de género es una intervención que permite adquirir las características sexuales secundarias más compatibles con la identidad o expresión de género de una persona (83). En condiciones ideales, el tratamiento hormonal de reafirmación de género debería administrarse en el contexto de un sistema de salud favorable. No obstante, muchas personas transgénero y de género diverso no tienen acceso a un sistema así.

Hay varias formas en que las personas pueden autoadministrarse hormonas, como la autoinyección o la aplicación de cremas, geles, parches y supositorios. Ampliar el acceso a la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género puede contribuir a una distribución racional de las tareas entre los usuarios y los trabajadores de salud, lo que amplía la capacidad del sistema de salud para ofrecer acceso a los beneficios de este tratamiento.

Para los usuarios, la autoadministración puede ser más eficiente y conveniente, ya que les ofrece la posibilidad de menos visitas a los establecimientos de salud; más privacidad; y motivo de empoderamiento, al permitirles un mayor control sobre su cuerpo y su salud. También puede permitir el uso más seguro del tratamiento en los entornos donde las personas transgénero y de género diverso se enfrentan a la discriminación y la violencia.

Resumen de la evidencia y consideraciones

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS decidió examinar si debería estar disponible la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género además de su administración por los prestadores de atención de salud.

La pregunta PICO era:

- ¿Debería estar disponible la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género, además de su administración por los trabajadores de salud?

Se revisó la literatura médica en tres áreas pertinentes para esta pregunta: la eficacia de la intervención, los valores y preferencias de los usuarios finales y los trabajadores de salud y la información sobre los costos. En la revisión se siguieron las directrices de PRISMA (15); el protocolo se publicó en PROSPERO (número de registro CRD42021231648) y la revisión sistemática, en una revista arbitrada (84).

Resultados

La revisión sistemática arrojó 3792 referencias individuales, de las cuales se conservaron 30 para analizar el texto completo. Sin embargo, ningún estudio cumplió con los criterios de inclusión para los exámenes de eficiencia o de costos.

El Grupo de Elaboración de las Directrices reconoció que el concepto de autoadministración, diferenciada de la administración por los trabajadores de salud, era complejo y abarcaba una gama de situaciones distintas. En particular, es más fácil definir la administración de los medicamentos inyectables o los implantes, en los cuales el prestador de atención de salud puede saber lo que se está inyectando y la dosis. Por el contrario, la autoadministración puede implicar riesgos en términos de la hormona empleada y de cómo se inyecta. En cuanto a las hormonas que se administran por vía oral o tópica, los trabajadores de salud pueden prescribirlas, pero es poco probable que observen regularmente a las personas al tomar las pastillas o aplicarse el gel o el parche.

Además, también puede haber diferencias importantes entre el inicio por la propia persona, el mantenimiento y la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género que se inicia dentro de un entorno de atención de salud.

El Grupo de Elaboración de las Directrices señaló que no se encontraron estudios comparativos a partir del examen de la eficacia. Consideró que el balance entre los efectos benéficos y perjudiciales de la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género en comparación con la administración por trabajadores de salud era incierto en ese momento, y que no se podía hacer una recomendación a favor de la autoadministración. Asimismo, a partir del examen de los valores y preferencias, el Grupo de Elaboración de las Directrices puso de relieve el apoyo a la autoadministración de las hormonas de reafirmación de género por parte de las personas que buscan dicha reafirmación.

Los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices comentaron los posibles daños que enfrentan las personas transgénero y de género diverso. A partir de sus propias experiencias, investigaciones, práctica, observaciones y conocimiento de la literatura médica, los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices reconocieron los siguientes: la estigmatización y la discriminación persistentes que experimentan las personas transgénero; los efectos nocivos para la salud mental, entre ellos la depresión y el suicidio; y las amenazas y el alto índice de violencia contra las comunidades transgénero, incluidos los casos de asesinato.

Habida cuenta de la necesidad de garantizar un acceso equitativo y de buena calidad a la atención de salud para todas las comunidades subatendidas, y de evitar al máximo los posibles daños, el Grupo de Elaboración de las Directrices decidió formular una declaración sobre buenas prácticas con respecto al acceso a los servicios apropiados y basados en la evidencia para las personas transgénero y de género diverso (véase el capítulo 4). Hacen falta más investigaciones, y el Grupo de Elaboración de las Directrices señaló este como uno de los temas apremiantes que se deben explorar más a fondo. El GDG señaló que, en un proceso de priorización de la investigación, se puede definir el tema —como la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género (tal vez con atención a la vía de administración, por ejemplo, tópica o inyectable) como una opción adicional a la administración por los trabajadores de salud— cuando se cuente con la orientación, infraestructura, recursos, información y productos de calidad adecuados. También puede ser necesario prestar atención a los procesos de autoiniciación, a diferencia de la autoadministración después de que se inicia el tratamiento supervisado por el profesional de la salud. Cuando las hormonas para la reafirmación de género se utilizan totalmente por fuera del sistema de salud, puede ser útil estudiar las estrategias de reducción de daños, para minimizar los riesgos.

Viabilidad



El Grupo de Elaboración de las Directrices comentó la viabilidad y destacó que la autoadministración se practicaba ampliamente entre las personas transgénero y de género diverso, y que muchas obtenían las hormonas ilegalmente en línea, en clubes o directamente en las farmacias, con poco o ningún control de la calidad de los productos, lo que implicaba el riesgo de graves daños para el usuario. El grupo también señaló que la falta de una vigilancia regular de las personas que emplean hormonas para la reafirmación de género por parte de los trabajadores de salud puede llevar a que no se detecten ni se atiendan los efectos negativos.

Equidad y derechos humanos



En todo el mundo, las personas transgénero y de género diverso viven dentro de sistemas sociales, jurídicos, económicos y políticos que las someten a un alto riesgo de discriminación, exclusión, pobreza y violencia, y “los modelos conocidos de atención profesional de la salud” —como las guías clínicas— “no son adecuados para estos problemas en gran parte del mundo; se necesita acción y organización social” (85).



Los principios de la igualdad de género y los derechos humanos en la provisión de hormonas para la reafirmación de género de alta calidad son fundamentales para ampliar el acceso a esta importante intervención y reducir la discriminación basada en la identidad de género. Las necesidades se extienden, de manera más general, a la prestación de la atención para la reafirmación de género en todos los servicios de salud y a garantizar un entorno jurídico que apoye los derechos y la salud de las personas transgénero.

Aceptabilidad de la intervención: valores y preferencias de los usuarios finales y los trabajadores de salud

Se encontraron cinco estudios que cumplieron con los criterios de inclusión para el examen de valores y preferencias. Todos eran artículos publicados en revistas arbitradas. Dos se llevaron a cabo en Estados Unidos, uno en Brasil, uno en Tailandia y uno en el Reino Unido. Todos los estudios de valores y preferencias se centraron en la autoadministración de hormonas no prescritas, y no en las hormonas prescritas y empleadas dentro de un sistema de salud favorable.

En cuatro estudios (los de Estados Unidos, el de Brasil y el del Reino Unido) se descubrió que las personas que buscan tratamiento hormonal para la reafirmación de género pueden automedicarse debido a las dificultades para encontrar trabajadores de salud bien informados y que no estigmaticen; a la falta de acceso a servicios apropiados; a la exclusión por los trabajadores de salud y la incomodidad con ellos; a los costos; y al deseo de una transición más rápida. En el estudio de Tailandia se encontró que las perspectivas estuvieron determinadas por una legislación restrictiva, pocos servicios o guías clínicas específicos

para personas transgénero, una comunicación inapropiada entre trabajadores de salud y pacientes y las lagunas en los conocimientos médicos.

3.6 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, INCLUIDAS LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LA DIABETES

Todos los pacientes con enfermedades no transmisibles pueden tener algún nivel de autocuidado (86). Las estrategias de autocuidado para las enfermedades no transmisibles incluyen tanto el autocuidado propiamente dicho como la

autogestión. Inherente a este concepto es el reconocimiento de que, cualesquiera que sean los factores y procesos que puedan determinar el comportamiento (como mantenerse en forma y saludable, tanto física como mentalmente; evitar los peligros, como el consumo de tabaco; y mejorar la atención de las afecciones crónicas), y el hecho de que el autocuidado sea eficaz o ineficaz y se coordine adecuada o inadecuadamente con la atención profesional, es la persona quien actúa (o no) para preservar su salud o responder a sus síntomas (87). Por lo tanto, las estrategias de ejecución del autocuidado deben reflejar la coexistencia y la complejidad de las enfermedades no transmisibles, evitar en lo posible los programas verticales y centrarse en una estrategia de atención de salud integrada.



3.6.1 RECOMENDACIONES EN VIGOR SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y DIABETES

| | Recomendación |
|-------------------------|--|
| Recomendación 33 | Se recomienda la automedición de la presión arterial para el manejo de la hipertensión en determinados pacientes, en aquellos contextos donde la tecnología sea asequible. <i>(Recomendación firme; evidencia con grado de certeza bajo)</i> |
| Recomendación 34 | Se recomienda la autovigilancia de la coagulación sanguínea para determinados pacientes que toman anticoagulantes orales, si se determina que la tecnología es asequible. <i>(Recomendación débil; evidencia con grado de certeza moderado).</i> |
| Recomendación 35 | Se recomienda la autovigilancia de la coagulación sanguínea y el aumento de la dosis por el propio paciente en el caso de aquellos pacientes que reciban anticoagulantes orales, siempre que sea asequible y se realice conforme a un plan de acción acordado con un profesional de la salud. <i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Recomendación 36 | En este momento no se recomienda la autovigilancia de la glucemia en el tratamiento de los pacientes con diabetes de tipo 2 que no usen insulina porque no hay evidencia suficiente para justificar esa recomendación. <i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza moderado)</i> |
| Recomendación 37 | Se recomienda que se ofrezca la autovigilancia de la glucemia a las personas con diabetes de tipo 1 y tipo 2 que usen insulina, según la necesidad clínica de cada persona. <i>(Recomendación condicional; evidencia con grado de certeza bajo)</i> |

REFERENCIAS PARA EL CAPÍTULO 3

1. Maternal mortality, key facts. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>, accessed 1 April 2021). Mortalidad materna. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>, consultado el 1 de abril del 2021).
2. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 2016;123(4):529–39. doi:10.1111/1471-0528.13819.
3. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?sequence=1>, consultado el 1 de abril del 2021).
4. WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274277/9789241550352-eng.pdf>, consultado el 1 de abril del 2021).
5. SMART guidelines. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines>, consultado el 1 de abril del 2021).
6. Kit de adaptación digital para atención prenatal: requisitos operativos para implementar las recomendaciones de la OMS en los sistemas digitales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020306>, consultado el 1 de abril del 2021).
7. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD004736. doi:10.1002/14651858.CD004736.pub5.
8. Toivonen KI, Lacroix E, Flynn M, Ronksley PE, Oinonen KA, Metcalfe A y cols. Folic acid supplementation during the preconception period: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2018;114:1–17. doi:10.1016/j.ypmed.2018.05.023.
9. Guideline: Iron supplementation in postpartum women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249242>, consultado el 1 de abril del 2021).
10. Sanghvi TG, Harvey PW, Wainwright E, Sanghvi TG, Harvey PWJ, Wainwright E. Maternal iron-folic acid supplementation programs: evidence of impact and implementation. *Food Nutr Bull*. 2010;31:S100–7. doi:10.1177/15648265100312S202.
11. Sendeku FW, Azeze GG, Fenta SL. Adherence to iron-folic acid supplementation among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:138. doi:10.1186/s12884-020-2835-0.
12. Gebremichael TG, Welesamuel TG. Adherence to iron-folic acid supplement and associated factors among antenatal care attending pregnant mothers in governmental health institutions of Adwa town, Tigray, Ethiopia: Cross-sectional study. *PloS One*. 2020;15:e0227090. doi:10.1371/journal.pone.0227090.
13. Ba DM, Ssentongo P, Kjerulff KH, Na M, Liu G, Gao X, Du P. Adherence to iron supplementation in 22 sub-Saharan African countries and associated factors among pregnant women: a large population-based study. *Curr Dev Nutr*. 2019;3:nzz120. doi:10.1093/cdn/nzz120.
14. Siekmans K, Roche M, Kung'u JK, Desrochers RE, De-Regil LM. Barriers and enablers for iron folic acid (IFA) supplementation in pregnant women. *Matern Child Nutr*. 2018;14:1–13. doi:10.1111/mcn.12532.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi:10.1136/bmj.b2535.
16. King SE, Yeh PT, Rhee DK, Tunçalp Ö, Rogers LM, Narasimhan M. Self-management of iron and folic acid supplementation during pre-pregnancy, pregnancy and postnatal periods: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2021;6(5):e005531. doi:10.1136/bmjgh-2021-005531.
17. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170:1–7. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.005.

18. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009;33:130–37. doi:10.1053/j.semperi.2009.02.010.
19. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet.* 2010;376:631–44. doi:10.1016/S0140-6736(10)60279-6.
20. Wen Y-H, Yang H-I, Chou H-C, Chen C-Y, Hsieh W-S, Tsou K-I y cols. Association of maternal preeclampsia with neonatal respiratory distress syndrome in very-low-birth-weight infants. *Sci Rep.* 2019;9:13212. doi:10.1038/s41598-019-49561-8.
21. Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g2301. doi:10.1136/bmj.g2301.
22. Seely EW, Ecker J. Chronic hypertension in pregnancy. *Circulation.* 2014;129:1254–61. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003904.
23. Webster LM, Conti-Ramsden F, Seed PT, Webb AJ, Nelson-Piercy C, Chappell LC. Impact of antihypertensive treatment on maternal and perinatal outcomes in pregnancy complicated by chronic hypertension: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc.* 2017;6:e005526. doi:10.1161/JAHA.117.005526.
24. Agarwal R, Bills JE, Hecht TJ, Light RP. Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving hypertension control: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension.* 2011;57:29–38. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.160911.
25. Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AG, de Leeuw PW. Home blood pressure measurement: a systematic review. *J Am Coll Cardiol.* 2005;46:743–51. doi:10.1016/j.jacc.2005.05.058.
26. Stergiou GS, Bliziotis IA. Home blood pressure monitoring in the diagnosis and treatment of hypertension: a systematic review. *Am J Hypertens.* 2011;24:123–34. doi:10.1038/ajh.2010.194.
27. Ogedegbe G, Schoenthaler A. A systematic review of the effects of home blood pressure monitoring on medication adherence. *J Clin Hypertens.* 2006;8:174–80. doi:10.1111/j.1524-6175.2006.04872.x.
28. Tucker KL, Bankhead C, Hodgkinson J, Roberts N, Stevens R, Henegan C y cols. How do home and clinic blood pressure readings compare in pregnancy? *Hypertension.* 2018;72:686–94. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.10917.
29. Kalafat E, Benlioglu C, Thilaganathan B, Khalil A. Home blood pressure monitoring in the antenatal and postpartum period: A systematic review meta-analysis. *Pregnancy Hypertens.* 2020;19:44–51. doi:10.1016/j.preghy.2019.12.001.
30. Ashworth DC, Maule SP, Stewart F, Nathan HL, Shennan AH, Chappell LC. Setting and techniques for monitoring blood pressure during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;8:CD012739. doi:10.1002/14651858.CD012739.pub2.
31. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP y cols. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med.* 2017;14:e1002389. doi:10.1371/journal.pmed.1002389.
32. Yeh PT, Rhee DK, Kennedy CE, Zera CA, Lucido B, Tunçalp Ö y cols. Self-monitoring of blood pressure among women with hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review. *BMJ Open.* 2021 (en revisión).
33. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet.* 2006;367:1066–74. doi:10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
34. Ekiz A, Kaya B, Polat I, Avci ME, Ozkose B, Kicik Caliskan R y cols. The outcome of pregnancy with new onset proteinuria without hypertension: retrospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(11):1765–9. doi:10.3109/14767058.2015.1061497.
35. Zhang J-J, Ma X-X, Hao L, Liu L-J, Lv J-C, Zhang H. A systematic review and meta-analysis of outcomes of pregnancy in CKD and CKD outcomes in pregnancy. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2015;10:1964–78. doi:10.2215/CJN.09250914.
36. Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Black R, Blincowe J y cols. Assessing the onset of pre-eclampsia in the hospital day unit: summary of the pre-eclampsia guideline (PRECOG II). *BMJ.* 2009;339:b3129. doi:10.1136/bmj.b3129.

37. Tucker KL, Bowen L, Crawford C, Mallon P, Hinton L, Lee M-M y cols. The feasibility and acceptability of self-testing for proteinuria during pregnancy: a mixed methods approach. *Pregnancy Hypertens.* 2018;12:161–8. doi:10.1016/j.preghy.2017.11.009.
38. Yeh PT, Rhee DK, Kennedy CE, Zera CA, Tunçalp Ö, Kuzmenko O y cols. Self-testing for proteinuria in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2021 (en revisión).
39. Burke AE, Thaler KM, Geva M, Adiri Y. Feasibility and acceptability of home use of a smartphone-based urine testing application among women in prenatal care. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(5):527–8. doi:10.1016/j.ajog.2019.06.015.
40. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. WHO/NCD/ NCS/99.2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf, consultado el 8 de junio del 2021).
41. Criterios diagnósticos y clasificación de la hiperglucemia detectada por primera vez en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/27870>, consultado el 8 de junio del 2021).
42. Yeh PT, Kennedy CE, Rhee DK, Zera CA, Tunçalp Ö, Gomez Ponce de Leon R y cols. Self-monitoring of blood glucose during pregnancy. *BMJ Open.* 2021 (en revisión).
43. Ardilouze A, Bouchard P, Hivert MF, Simard C, Allard C, Garant MP y cols. Self-monitoring of blood glucose: a complementary method beyond the oral glucose tolerance test to identify hyperglycemia during pregnancy. *Can J Diabetes.* 2019;43(8):627–35. doi:10.1016/j.jcjd.2019.02.004.
44. Garnweidner-Holme L, Hoel Andersen T, Sando MW, Noll J, Lukasse M. Health care professionals' attitudes toward, and experiences of using, a culture-sensitive smartphone app for women with gestational diabetes mellitus: qualitative study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2018;6(5):e123. doi:10.2196/mhealth.9686.
45. Hirst JE, Mackillop L, Loerup L, Kevat DA, Bartlett K, Gibson O y cols. Acceptability and user satisfaction of a smartphone-based, interactive blood glucose management system in women with gestational diabetes mellitus. *J Diabetes Sci Technol.* 2015;9(1):111–5. doi:10.1177/1932296814556506.
46. Rigla M, Martínez-Sarriegui I, García-Sáez G, Pons B, Hernando ME. Gestational diabetes management using smart mobile telemedicine. *J Diabetes Sci Technol.* 2018;12(2):260–4. doi:10.1177/1932296817704442.
47. Skar JB, Garnweidner-Holme LM, Lukasse M, Terragni L. Women's experiences with using a smartphone app (the Pregnant+ app) to manage gestational diabetes mellitus in a randomised controlled trial. *Midwifery.* 2018;58:102–8. doi:10.1016/j.midw.2017.12.021.
48. Youngwanichsetha S, Phumdoung S. Lived experience of blood glucose self-monitoring among pregnant women with gestational diabetes mellitus: a phenomenological research. *J Clin Nurs.* 2017;26(19–20):2915–21. doi:10.1111/jocn.13571.
49. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf, consultado el 31 de marzo del 2021).
50. WHO recommendations on self-care interventions: self-administration of injectable contraception. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (WHO/ SRH/20.9; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332332>, consultado el 8 de junio del 2021).
51. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>, consultado el 31 de marzo del 2021).
52. Grossman D. Over the counter access to oral contraceptives. *Obstet Gyn Clin North Am.* 2015;42:619–29. doi:10.1016/j.ogc.2015.07.002.
53. Kennedy CE, Yeh PT, Gonsalves L, Jafri H, Gaffield ME, Kiarie J y cols. Should oral contraceptive pills be available without a prescription? A systematic review of over-the-counter and pharmacy access availability. *BMJ Global Health.* 2019;4:e001402. doi:10.1136/bmjgh-2019-001402.
54. Atkins K, Kennedy CE, Yeh PT, Narasimhan M. Over-the-counter provision of emergency contraceptive pills: a systematic review. *BMJ Open.* 2021 (en revisión).

55. Cintina I, Johansen MS. The effect of Plan B on teen abortions: evidence from the 2006 FDA ruling. *Contemp Econ Policy*. 2015;33(3):418–33. doi:10.1111/coep.12083.
56. Mulligan K. Access to emergency contraception and its impact on fertility and sexual behavior. *Health Econ*. 2016;25(4):455–69. doi:10.1002/hec.3163.
57. Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental. Regional meeting for engaging countries and strengthening partnerships towards better maternal and child health, Amman, Jordan 21–23 November 2018. Ammán: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361348/WHOEMWRH106E-eng.pdf>, consultado el 26 de marzo del 2021).
58. Comfort AB, Juras RC, Bradley SEK, Ranjalahy Rasolofomanana J, Noeliarivelo Ranjalahy A, Harper CC. Do home pregnancy tests bring women to community health workers for antenatal care counselling? A randomized controlled trial in Madagascar. *Health Policy Plan*. 2021; 2019;34:566–73. doi:10.1093/heapol/czz080.
59. Comfort AB, Chankova S, Juras R, Hsi CN, Peterson LA, Hathi P. Providing free pregnancy test kits to community health workers increases distribution of contraceptives: results from an impact evaluation in Madagascar. *Contraception*. 2016;93:44–51. doi:10.1016/j.contraception.2015.09.011.
60. Shochet T, Comstock IA, Ngoc NTN, Westphal LM, Sheldon WR, Loc LT y cols. Results of a pilot study in the U.S. and Vietnam to assess the utility and acceptability of a multi-level pregnancy test (MLPT) for home monitoring of hCG trends after assisted reproduction. *BMC Womens Health*. 2017;17:67. doi:10.1186/s12905-017-0422-y.
61. Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lohr PA, Hasler E. Follow-up strategies to confirm the success of medical abortion of pregnancies up to 10 weeks' gestation: a systematic review with meta-analyses. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222:551–63.e13. doi:10.1016/j.ajog.2019.11.1244.
62. Kennedy CE, Yeh PT, Gholbzouri K, Narasimhan M. Self-testing for pregnancy: a systematic review. *BMJ Open*. 2021 (en revisión).
63. Iyengar K, Paul M, Iyengar SD, Klingberg-Allvin M, Essén B, Bring J y cols. Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Glob Health*. 2015;3(9):e537–45. doi:10.1016/s2214-109x(15)00150-3.
64. Ngoc NTN, Bracken H, Blum J, Nga NTB, Minh NH, van Nhang N y cols. Acceptability and feasibility of phone follow-up after early medical abortion in Vietnam: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014;123(1):88–95. doi:10.1097/aog.000000000000050.
65. Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9969):698–704. doi:10.1016/s0140-6736(14)61054-0.
66. Platais I, Tsereteli T, Comendant R, Kurbanbekova D, Winikoff B. Acceptability and feasibility of phone follow-up with a semiquantitative urine pregnancy test after medical abortion in Moldova and Uzbekistan. *Contraception*. 2015;91(2):178–83. doi:10.1016/j.contraception.2014.11.004.
67. Tratamiento médico del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328166>, consultado el 31 de marzo del 2021).
68. WHO recommendations on self-care interventions: self-collection of samples for sexually transmitted infections (STIs). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (WHO/SRH/20.10; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.10>, consultado el 8 de junio del 2021).
69. WHO recommendations on self-care interventions: human papillomavirus (HPV) self-sampling as part of cervical cancer screening. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (WHO/SRH/20.12; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-2012>, consultado el 8 de junio del 2021).
70. Guidelines: updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232>, consultado el 2 de junio del 2021).

71. Kennedy CE, Yeh PT, Atkins K, Ferguson L, Baggaley R, Narasimhan M. PrEP distribution in pharmacies: a systematic review. *BMJ Open*. 2021 (en revisión).
72. Smith BL, Hester AM, Cantos VD, James TR, Lora MH. A pharmacist-led PrEP program at the epicenter of the HIV epidemic in Atlanta; our experience. *Open Forum Infect Dis*. 2019;6:S461. doi:10.1093/ofid/ofz360.1143.
73. Begnel ER, Escudero J, Mugambi M, Mugwanya K, Kinuthia J, Beima-Sofie K y cols. High pre-exposure prophylaxis awareness and willingness to pay for pre-exposure prophylaxis among young adults in Western Kenya: results from a population-based survey. *Int J STD AIDS*. 2020;31:454–9. doi:10.1177/0956462420912141.
74. Crawford ND, Albarran T, Chamberlain A, Hopkins R, Josma D, Morris J y cols. Willingness to discuss and screen for pre-exposure prophylaxis in pharmacies among men who have sex with men. *J Pharm Pract*. 2020;897190020904590. doi:10.1177/0897190020904590.
75. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?sequence=1, consultado el 1 de abril del 2021).
76. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006; consultado el 8 de junio del 2021).
77. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); 2018 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>, consultado el 1 de abril del 2021).
78. Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49504>, consultado el 1 de abril del 2021).
79. COVID-19 y violencia contra la mujer. Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52034>, consultado el 1 de abril del 2021).
80. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: Manual clínico. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 (<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf>, consultado el 1 de abril del 2021).
81. Lev-Sagie A. Vulvar and vaginal atrophy: physiology, clinical presentation, and treatment considerations. *Clin Obstet Gynecol*. 2015;58:476–91. doi:10.1097/GRF.000000000000126.
82. Kennedy CE, Yeh PT, Li J, Gonsalves L and Narasimhan M. Lubricants for the promotion of sexual health and well-being: a systematic review. *Sex Reprod Health Matters*. 2021 (en revisión).
83. Deutsch MB, editor. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. San Francisco (CA): University of California, San Francisco; 2016 (<https://transcare.ucsf.edu/guidelines>, consultado el 1 de abril del 2021).
84. Kennedy CE, Yeh PT, Byrne J, van der Merwe L, Ferguson L, Poteat T y cols. Self-administration of gender-affirming hormones: a systematic review. *Sex Reprod Health Matters*. 2021 (en revisión).
85. Connell R. Transgender health: on a world scale. *Health Sociol Rev*. 2021;30:87–94. doi:10.1080/14461242.2020.1868899.
86. Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998>, consultado el 2 de junio del 2021).
87. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos. Ginebra: Organización

Mundial de la Salud; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112396>, consultado el 28 de mayo del 2021).

En este capítulo se presentan todas las declaraciones sobre buenas prácticas formuladas para las presentes directrices. En el caso de las declaraciones en vigor y

adaptadas, también se hacen observaciones sobre las consideraciones clave para la ejecución; en la mayoría de los casos, las observaciones se limitan al título, el año de publicación y el enlace web de las directrices que son la fuente original. Con respecto a cada nueva declaración sobre buenas prácticas, después de la declaración se ofrece más información, en el siguiente orden:

- información de contexto;
- los componentes de un entorno propicio que aborde los obstáculos y apoye la salud y el bienestar; y



4.

Implementation and programmatic considerations for self-care interventions



Sinopsis



Volver al
comienzo

En este capítulo se presentan las declaraciones sobre buenas prácticas nuevas y en vigor en relación con los principales aspectos programáticos, operativos y de prestación de servicios que es necesario abordar para promover y aumentar el acceso, la aceptación y el uso seguros y equitativos de las intervenciones de autocuidado, así como las recomendaciones que deben tenerse en cuenta durante la ejecución de estas mismas intervenciones.

Consideraciones sobre los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad

p. 67

Consideraciones económicas y financieras

p. 69

Necesidades de formación de los profesionales de la salud

p. 72

Consideraciones relativas a la ejecución en grupos de población específicos

p. 78

Intervenciones de salud digital

p. 84

Consideraciones medioambientales

p. 86

Las recomendaciones y las declaraciones sobre buenas prácticas se destacan a lo largo del capítulo mediante estos íconos:



Recomendaciones nuevas



Recomendaciones en vigor



Declaraciones sobre buenas prácticas

- un resumen de la evidencia y de las consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices, incluidas las relativas a la ejecución, para lograr la comprensión, aplicación y unos resultados óptimos.

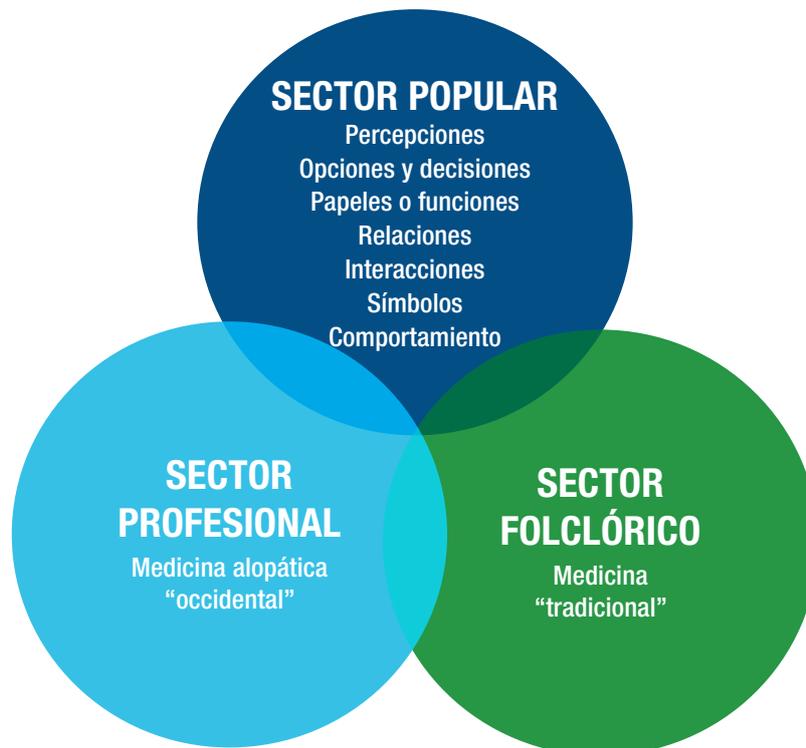
Este capítulo también comprende dos recomendaciones nuevas, la 38 y la 39, que se presentan de la misma manera en que se exponen todas las demás en el capítulo 3.

4.1 ANTECEDENTES

Muchos problemas de salud cotidianos se tratan en el hogar y en las comunidades, cada vez más con productos farmacéuticos modernos adquiridos en las farmacias, en otras tiendas y en los mercados (1). En ocasiones, las personas combinan remedios de la medicina tradicional o no convencional y la medicina moderna, obtienen la información de amigos, familiares, Internet, proveedores y profesionales y se administran los tratamientos por sí mismas, en especial si enfrentan limitaciones debidas al costo o a la distancia a los servicios de salud (2). Según lo definió Kleinman, este es el sector “popular” de la salud (véase la figura 4.1). Con el avance de las comunidades

virtuales de autoayuda y el acceso a una amplia gama de información en línea, la división entre el conocimiento de los legos y el de los expertos cada vez es menos nítida (3). Dado el arraigo del autocuidado en el sector popular, las intervenciones que el sector “profesional” emplea o impulsa para promover el autocuidado deben aplicarse de una manera que respete las necesidades y los derechos de las personas.

FIGURA 4.1. LOS SECTORES DE LA SALUD SEGÚN KLEINMAN



Fuente: adaptado de Kleinman (4).



Reconocer y comprender cómo están integradas las prácticas de autocuidado disponibles en la vida de las personas y en los entornos donde viven es un primer paso importante al formular, promover o ejecutar las intervenciones de autocuidado. Además, crear alianzas entre las plataformas y los sistemas de salud dirigidos por los usuarios y por la comunidad en torno a las intervenciones de autocuidado es una estrategia prometedora para lograr la

aplicación correcta y acelerada de medidas que pueden mejorar la salud y el bienestar al ampliar la cobertura de las intervenciones de atención de salud eficaces y seguras (5).

Este capítulo no pretende ser una guía de ejecución. Por tal motivo, los aspectos fundamentales de la ejecución (supervisión, evaluación, aspectos regulatorios y otros) se tratarán en un documento por separado.



4.2 CONSIDERACIONES SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS, LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA EQUIDAD

| | Declaraciones sobre buenas prácticas |
|---|---|
| Declaración sobre buenas prácticas 1 (nueva) | Todas las intervenciones de autocuidado para la salud deben ir acompañadas de información exacta, comprensible y procesable, en formatos y lenguajes accesibles, sobre la intervención en sí y sobre la manera de vincularla a los servicios de salud en establecimientos o servicios comunitarios pertinentes. Asimismo, se debe ofrecer la oportunidad de interactuar con profesionales de la salud o pares que estén capacitados y sirvan de apoyo para respaldar las decisiones relativas a la intervención y su uso. |
| Declaración sobre buenas prácticas 2 (nueva) | La prestación de intervenciones de autocuidado para la salud debería aumentar las opciones de los usuarios en términos de cuándo y cómo solicitar la atención de salud, lo que incluye la flexibilidad en la elección de las intervenciones y en el grado y manera de implicarse en los servicios de salud. |
| Declaración sobre buenas prácticas 3 (nueva) | Las intervenciones de autocuidado para la salud y los mecanismos para prestarlas deberían diseñarse de manera que satisfagan las necesidades de todas las personas de los diversos géneros, reconociendo que puede haber diferencias en los obstáculos que las personas y las comunidades afrontan para acceder a intervenciones de buena calidad, en sus necesidades y prioridades, en el tipo de apoyo necesario y en sus puntos de acceso preferidos. |
| Declaración sobre buenas prácticas 4 (nueva) | Los países deberían examinar y, cuando sea necesario, revisar sus leyes, políticas y regulaciones para garantizar que se disponga ampliamente de intervenciones de autocuidado de alta calidad en la comunidad, que sean accesibles para todas las personas, sin discriminación, por parte de profesionales de la salud que trabajen en servicios públicos, privados y comunitarios, y que sean aceptables para los usuarios. |

Observaciones

Con respecto a la declaración sobre buenas prácticas 1:

- Las oportunidades para interactuar con los trabajadores de salud deben idearse de manera que se apoyen las decisiones de autocuidado de las personas, el uso de las intervenciones y la posibilidad de llevar a cabo las medidas de seguimiento apropiadas.

Con respecto a la declaración sobre buenas prácticas 2:

- El diseño, la prestación y la supervisión de las intervenciones de autocuidado para la salud deben contar con la participación de las comunidades y las organizaciones dirigidas por la comunidad.

Con respecto a la declaración sobre buenas prácticas 4:

- Los mecanismos apropiados, accesibles y funcionales para la supervisión, la rendición de cuentas y la reparación deben ser parte una integral de todas las intervenciones de autocuidado para la salud.

Información de contexto

El marco conceptual que se presenta en el capítulo 2, así como los principios transversales en materia de derechos humanos, equidad y género, brindan una orientación útil sobre los aspectos que deben tenerse en cuenta al introducir y ampliar las intervenciones de autocuidado para la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos. La ejecución satisfactoria de las intervenciones de autocuidado tiene como base el proporcionar un apoyo adecuado a los usuarios finales de manera individual, así como al sistema de salud.

La creciente adopción de intervenciones de autocuidado en todo el mundo ha dejado valiosas enseñanzas desde que se publicaron las directrices del 2019, las cuales podrían orientar la ejecución en el futuro. Aunque hay poca información sobre las experiencias de aplicación de las intervenciones de autocuidado desde un punto de vista explícito de derechos humanos, muchos de los diferentes elementos del marco de derechos humanos presentados en los capítulos 1 y 2 se abordan en la literatura especializada, lo que deja enseñanzas útiles para la ejecución de las intervenciones de autocuidado en el futuro, incluidos los ámbitos de las salud sexual y reproductiva y derechos conexos y las enfermedades no transmisibles..

Ejemplos de intervenciones de autocuidado: derechos humanos y consideraciones de género

Se ha prestado mucha atención a la aceptabilidad de las diferentes intervenciones de autocuidado, pero mucha menos a su disponibilidad, accesibilidad o calidad. También se ha reconocido que un elemento fundamental a este respecto consiste en ofrecer intervenciones de autocuidado para la salud en la comunidad, que generalmente contribuyen a la disponibilidad y la aceptabilidad al tiempo que aseguran la privacidad. El acceso a una información y un apoyo personalizados incrementa la aceptabilidad y la calidad de las intervenciones de autocuidado para la salud. Otros factores que contribuyen a la aceptabilidad varían en función de la intervención de autocuidado y la población en la que se está introduciendo, lo que pone de relieve la necesidad de comprender la aceptabilidad particular para cada contexto e intervención antes de la ejecución.

Habida cuenta de que la aceptabilidad de las intervenciones de autocuidado varía (en cuanto al lugar donde se accede a ella y se utiliza; si lo hace la persona por sí sola o con asistencia; y qué tipo de información y apoyo se prefiere), la participación es clave para que la ejecución de las intervenciones de autocuidado esté diseñada en forma idónea para los usuarios finales previstos. En algunas investigaciones formativas se ha pretendido comprender las actitudes de los posibles usuarios finales para fundamentar las intervenciones; sin embargo, no se ha explorado la participación de la comunidad en el diseño y la ejecución de las intervenciones de autocuidado como una parte de los servicios de salud corrientes.



Es importante que las personas puedan tomar decisiones fundadas sobre el uso o no de las intervenciones de autocuidado para la salud. La cantidad de información que se ofrece en torno a las diferentes intervenciones varía, al igual que su accesibilidad (en lo relativo, por ejemplo, al idioma, la complejidad del lenguaje o los requisitos tecnológicos). Puede ser necesario idear formas novedosas de brindar información a los grupos de población con diferentes necesidades y niveles de alfabetización, que los vinculen nuevamente con el sistema de salud según

corresponda. En particular, cuando las intervenciones de autocuidado se pueden usar sin contacto alguno con el sistema de salud, muchas personas buscarán información en línea para tomar decisiones. Hay un desafío con respecto a la información en línea, porque su calidad es muy variable. Se debe alentar a los países y las comunidades a que elaboren o adopten estrategias para contrarrestar la información falsa o errónea. Esto adquiere todavía mayor importancia durante las crisis, cuando la información inexacta y potencialmente dañina puede difundirse ampliamente y con gran rapidez. Entre las estrategias están contar con un sistema de alerta sobre la información errónea y la desinformación y realizar campañas de concientización.

Muchos estudios ofrecen información desglosada según las características sociodemográficas, lo que puede ayudar a comprender la no discriminación por razones de género y otras, y será necesario analizarla detalladamente a fin de vincular la información sobre las intervenciones de autocuidado con los sistemas de información sobre la atención de salud disponibles. También es fundamental determinar qué grupos podrían tener dificultades para acceder a la intervención de autocuidado que se está ejecutando y qué otras medidas pueden adoptarse para mejorar el acceso, a fin de evitar la discriminación y favorecer la equidad.

Es preciso garantizar la rendición de cuentas en el contexto de las intervenciones de autocuidado para la salud. La rendición de cuentas es crucial en materia de derechos humanos y, en particular, para lograr un cambio constructivo y correctivo. Pueden ser pertinentes diferentes tipos de rendición de cuentas, incluidos los jurídicos, sociales y programáticos, por lo que es necesario cuidar que haya mecanismos accesibles para la rendición de cuentas de todo tipo. La mejor estrategia será la que se adapte a cada contexto.

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

Así como las intervenciones de autocuidado son de naturaleza diversa, también sus usuarios son un grupo heterogéneo. Una ejecución flexible permitirá a los usuarios elegir a qué intervenciones acceden, así como el momento y la forma en que interactúan con los servicios de salud. Las personas desearán diferentes niveles de apoyo y vinculación con los servicios de salud en relación con cada intervención de autocuidado. Además, mientras que algunas personas optarán por las intervenciones de autocuidado, otras preferirán acudir con un profesional de la salud. Así pues, las intervenciones de autocuidado para la salud deben ser un complemento de los servicios de salud, y lo suficientemente flexibles para que los usuarios elijan y para satisfacer sus diversas necesidades. Los vínculos con el sistema de salud son esenciales para que los usuarios puedan solicitar los servicios cuando lo necesiten —incluso cuando estén decidiendo si usar o no una intervención de autocuidado— para recibir apoyo con la intervención y para el seguimiento, según se requiera.

Los diferentes puntos de servicio a través de los cuales se pueden proporcionar intervenciones de autocuidado (por ejemplo, establecimientos de salud, farmacias, agentes de salud comunitarios, plataformas en línea) influyen en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, privacidad y confidencialidad y, a fin de cuentas, en la aceptación. La elección del punto donde se prestan los servicios también debe tener presente la capacidad de los trabajadores de salud y los mecanismos para la rendición de cuentas.



La atención a los temas de género va mucho más allá de desglosar los datos por género. También debe comprender el género como un constructo social y la forma en que ello afecta las actitudes de las diferentes personas hacia las intervenciones de autocuidado para la salud. El género o la identidad de género de una persona influyen en su motivación para recurrir a las intervenciones de autocuidado para la salud y en los posibles obstáculos que enfrenta. En el autocuidado hay importantes implicaciones en materia de equidad que pueden afectar negativamente a las mujeres. Las mujeres a menudo son responsables de cuidar a los hijos y ello les impide acudir a un establecimiento de salud, o pueden carecer de la autonomía económica para ello. En algunos entornos, las mujeres que acuden a los establecimientos de salud pueden acceder a los productos suministrados por los trabajadores de salud, incluidos los anticonceptivos, pero cuando tienen que tomar decisiones de salud por sí mismas, quizá no tengan la autonomía necesaria. Esta capacidad de toma de decisiones para algunas recomendaciones de autocuidado es un elemento importante por considerar. En algunos lugares, los hombres prefieren no acudir a los servicios de salud, ya que temen que esto se perciba como un signo de debilidad. Las personas transgénero a menudo evitan los servicios de salud por completo, debido a la discriminación que experimentan allí. Las intervenciones de autocuidado permiten superar algunos de estos obstáculos pero, para lograrlo, es necesario tener presentes estas consideraciones al plantearlas y ejecutarlas.

Contar con un entorno jurídico, de políticas y regulatorio adecuado para las intervenciones de autocuidado para la salud es un requisito indispensable para su ejecución. Las leyes, políticas y regulaciones pueden crear obstáculos para acceder a las intervenciones de autocuidado para la salud o por el contrario, cuando están bien diseñados, promover el acceso a las intervenciones de autocuidado para la salud basadas en los derechos humanos y con perspectiva de género. La regulación de las intervenciones de autocuidado debe ser compatible con las leyes y las obligaciones en materia de derechos humanos y sensible a las diferencias pertinentes entre las diversas intervenciones y usuarios. También debe ser aplicable a la diversidad de lugares donde se adquieren y se aplican dichas intervenciones. Aparte de las aprobaciones necesarias para



introducir nuevos dispositivos, también puede ser importante, por ejemplo, analizar a qué grupos de trabajadores de salud (incluidos los agentes de salud comunitarios) se les permite apoyar con determinadas labores, como aplicar inyecciones o realizar pruebas diagnósticas. En cualquier nivel del personal de salud, la introducción de



nuevas tareas relacionadas con las intervenciones de autocuidado debe contextualizarse dentro de las cargas de trabajo, las capacidades y los mecanismos de supervisión y rendición de cuentas disponibles. En muchos lugares, los contextos jurídicos, políticos, económicos y sociales siguen creando obstáculos para el acceso a los servicios de salud y de otros tipos. En algunos entornos, el autocuidado puede ser la única opción para las personas. En ellos, sigue siendo importante adoptar una estrategia de reducción de daños para orientar las medidas de salud pública de apoyo y reducir al mínimo los riesgos para los usuarios.

Lo aprendido gracias a las medidas vigentes contribuirá a sustentar la ejecución en el futuro, para que se base en el respeto a los derechos humanos y sea sensible a las cuestiones de género.



4.3 CONSIDERACIONES ECONÓMICAS Y FINANCIERAS

| Declaraciones sobre buenas prácticas | |
|---|--|
| Declaración sobre buenas prácticas 5 | Los servicios de salud y las intervenciones de autocuidado de buena calidad deberían estar disponibles y ser accesibles, asequibles y aceptables para los grupos de población subatendidos y marginados, sobre la base de los principios de la ética médica; la prevención de la estigmatización, la coacción y la violencia; la no discriminación; y el derecho a la salud. |

Información de contexto

Además de aumentar la autonomía y la participación de los usuarios, las intervenciones de autocuidado presentan una oportunidad invaluable para que los sistemas de salud apoyen los pilares de la cobertura universal de salud, a saber, el acceso equitativo, la prestación eficiente de intervenciones de salud de calidad y la protección financiera (véase la figura 4.2)

(6, 7). Las intervenciones de autocuidado podrían mejorar la eficiencia de la prestación de la atención de salud al designar a los usuarios como trabajadores de salud legos, lo que ampliaría el acceso a los servicios esenciales. También podrían aumentar la aceptación de los servicios preventivos y mejorar el cumplimiento terapéutico, lo que reduciría las complicaciones y el uso de la atención de salud en etapas posteriores (8).

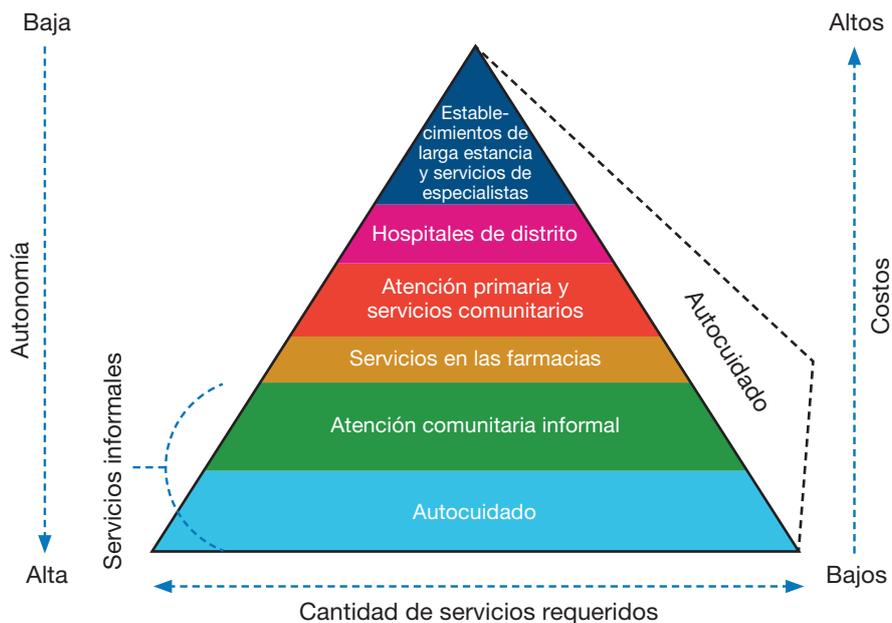
Se podrían ofrecer a los grupos de población subatendidos y marginados nuevas vías de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a los que de otro modo no accederían por medio de los trabajadores de salud debido a la estigmatización, la discriminación, la distancia y el costo.



Sin embargo, también hay riesgo de crear o exacerbar aún más las vulnerabilidades, al eximir al gobierno de su responsabilidad de brindar servicios de salud de calidad. Además, transferir el control a las personas puede a su

vez transferirles inadvertidamente la carga financiera y aumentar los desembolsos directos. Un aspecto primordial en materia de equidad es que no debe promoverse el autocuidado como un medio para reducir los costos para el sistema de salud al transferírseles a los usuarios. Por ejemplo, si los usuarios tienen que adquirir estuches de prueba u otros dispositivos o suministros para acceder a una intervención que el sistema de salud paga cuando se accede a ella por medio de los servicios de salud, estos costos deben permanecer en el sistema de salud, en la medida de lo posible, y no transferirse al usuario.

FIGURA 4.2. AUTOCUIDADO DENTRO DE LA PIRÁMIDE DE LA SALUD



Fuente: adaptado de OMS (9).

RECUADRO 4.1. ¿QUÉ ES LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?

- La resolución de las Naciones Unidas sobre la cobertura universal de salud reconoce que la cobertura universal de salud “implica que todos tengan acceso, sin discriminación, a un conjunto de servicios médicos básicos de promoción, prevención, cura y rehabilitación que se ajusten a las necesidades y se determinen a nivel nacional, así como a medicamentos esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de calidad, al tiempo que se asegura que la utilización de esos servicios no suponga graves dificultades económicas para los usuarios, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población” (10).
- La cobertura universal de salud encarna objetivos sociales y de salud específicos: es la aspiración de que todas las personas puedan obtener los servicios de salud de calidad que necesitan (equidad en el uso de los servicios) sin temor a las dificultades económicas (protección financiera). Este derecho está consagrado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, cada vez más, en muchas constituciones o leyes nacionales, lo que refleja valores sociales universales como la seguridad humana, la cohesión social y la solidaridad (11).
- La cobertura universal de salud significa que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan, incluidos los servicios de salud pública encaminados a promover una mejor salud (como las campañas de información sobre el tabaquismo y los impuestos al tabaco), prevenir enfermedades (como las vacunas) y proporcionar tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (como la atención al final de la vida) de calidad suficiente para ser eficaces, al tiempo que se garantiza que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades económicas (12).

En el 2020, la OMS puso en marcha el compendio sobre cobertura universal de salud (UHC Compendium, en inglés), una base de datos sobre servicios de salud e intervenciones intersectoriales para apoyar a los países en la ruta hacia la cobertura universal de salud. Este repositorio global brinda una forma estratégica de organizar y presentar la información y crea un marco para pensar sobre los servicios de salud y las intervenciones de salud. La versión 1 del compendio se centra en los servicios clínicos y contiene una lista de más de 3500 acciones de salud en diferentes ámbitos de la salud.³ La base de datos abarca toda la gama de servicios de promoción de la salud, prevención, reanimación, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, además de una amplia lista de intervenciones intersectoriales, incluido el autocuidado (13).

El acceso de todas las personas a los servicios de salud esenciales de calidad es la piedra angular de la cobertura universal de salud. Sin embargo, dado que los aspectos económicos son particularmente importantes para los grupos de población subatendidos y marginados, que no se vinculan con frecuencia con el sistema de salud, será fundamental evaluar la relación calidad-precio de las intervenciones desde una perspectiva social que tenga en cuenta los costos y los posibles ahorros para las personas (14). Puede ser necesario idear conjuntos de beneficios y mecanismos de mancomunación de riesgos para ayudar a que las personas accedan a las intervenciones de autocuidado en diversos entornos y para lograr la protección financiera. Ya que la cobertura universal de salud tiene como finalidad garantizar un acceso equitativo y sostenible a un conjunto esencial de servicios de calidad (véase más información en el recuadro 4.1), puede haber margen para modelos de financiamiento diferenciados que abarquen una combinación de subsidios gubernamentales, financiamiento privado, cobertura por seguros y pagos parciales por desembolso directo, sobre la base del principio de universalidad progresiva.



Las intervenciones de autocuidado también pueden ayudar a limitar algunos costos para el sistema de salud, al incorporar a los usuarios como miembros

del equipo de salud cuando acceden a la atención fuera de los establecimientos de salud, siempre que las intervenciones mantengan en gran medida la precisión diagnóstica, la aceptación y la calidad de la atención. Además, para que la mayoría de las intervenciones de autocuidado sigan siendo seguras y eficaces, se necesita la participación de los trabajadores de salud a lo largo del continuo asistencial —desde el suministro de información sobre las intervenciones de autocuidado hasta los servicios de extensión, para promover los vínculos con la atención cuando sea pertinente— lo que puede menoscabar los ahorros para el sistema de salud, especialmente en las primeras etapas de adopción de nuevas tecnologías. Es importante destacar que, para que estas intervenciones mejoren el acceso en general de los usuarios, los sistemas de salud deberán ser capaces de reconocer a aquellos que necesitan diferentes niveles de apoyo. La disponibilidad del autocuidado combinado con los servicios que se prestan en los establecimientos de salud incluso puede contribuir a tener sistemas de salud más eficientes, con mejores resultados de salud, sobre todo al considerar el autocuidado como parte de un sistema de salud integrado, que permita que las personas capaces de autocuidar su propia lo hagan, al tiempo que los recursos del sistema de salud se dirigen a quienes necesitan más atención.



Al analizar el financiamiento para estas intervenciones, se debe hacer una distinción entre las herramientas iniciadas o administradas totalmente por la persona, sin

la participación de los profesionales de la salud, y las que están integradas dentro de la prestación de la atención de salud. Las intervenciones de autocuidado deben promoverse como parte de un sistema de salud coherente y reforzarse con el apoyo del propio sistema cuando sea necesario. El sistema de salud sigue siendo responsable de los resultados de los pacientes derivados del uso de estas intervenciones, y debe mantener una estrecha supervisión de las implicaciones económicas y financieras para los hogares y los gobiernos; de lo contrario, el uso extendido de las intervenciones de autocuidado puede promover un enfoque fragmentado y consumista de la atención de la salud y socavar la atención integrada y centrada en la persona.

RECUADRO 4.2. ESTUDIO DE CASO SOBRE LOS COSTOS Y LA COSTOEFICACIA DE LA AUTOADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

PATH realizó estudios sobre los costos y la costoeficacia de la autoadministración de anticonceptivos inyectables (autoinyección) en Burkina Faso, Senegal y Uganda. Se calcularon los costos de la administración de acetato de medroxiprogesterona de depósito subcutáneo (AMPD SC) mediante tres estrategias: a) administración en establecimientos de salud, b) administración en la comunidad y c) autoinyección. Se calcularon tanto los costos médicos directos para los sistemas de salud (por ejemplo, los costos de los insumos y el tiempo de los prestadores de servicios) como los costos no médicos que afrontaban las usuarias (como los costos de traslado y el tiempo). Según la distancia de los hogares de las usuarias al establecimiento de salud, y después de sustituir un folleto de capacitación por una hoja de instrucciones de una sola página clínicamente eficaz, los costos totales fueron los más bajos con la administración de AMPD SC en la comunidad en Uganda (US\$ 7.69), seguidos por la autoinyección en Uganda (US\$ 7.83) y Senegal (US\$ 8.38), y los más altos con la administración en establecimientos de salud (US\$ 9.46 en Senegal y US\$ 10.12 en Uganda). En

³ The UHC Compendium is available at <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>

RECUADRO 4.2. ESTUDIO DE CASO SOBRE LOS COSTOS Y LA COSTOEFICACIA DE LA AUTOADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (continuación)

los tres países, los costos directos no médicos fueron los más bajos para las usuarias que se autoinyectaban el anticonceptivo, en comparación con la administración en la comunidad y en los establecimientos de salud (15).

En Uganda, se calculó la costoeficacia incremental del AMPD SC por embarazo evitado y por año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) evitado. El AMPD-SC autoinyectado tuvo mayores repercusiones en la salud en términos de prevención de embarazos no deseados y AVAD maternos por año, en comparación con el AMPD intramuscular administrado por un trabajador de salud (AMPD IM). Desde una perspectiva social, debido al ahorro en el tiempo de las usuarias y los costos de traslado, el AMPD SC podría ahorrar US\$ 1.1 millones, o US\$ 84 000 por año. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, el AMPD SC podría evitar más embarazos pero costaría más que el AMPD IM administrado por un trabajador de salud, debido a la capacitación que es necesario impartir durante la primera visita de la usuaria. Simplificar la capacitación con materiales didácticos viables, clínicamente eficaces y menos costosos haría que el AMPD SC fuera más costoeficaz que el AMPD IM, a razón de US\$ 15 por embarazo no deseado evitado y US\$ 98 por AVAD materno evitado (16).



4.4 NECESIDADES DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

| Declaración sobre buenas prácticas | |
|---|--|
| Declaración sobre buenas prácticas 6 | Los profesionales de la salud deberían recibir una formación continua adecuada para garantizar que tengan las competencias, sustentadas en los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios, para brindar intervenciones de autocuidado basadas en el derecho de todas las personas a la salud, la confidencialidad y la no discriminación. |

Hay una creciente diferencia entre la oferta y la demanda de profesionales de la salud (17, 18). La estrategia de la OMS en materia de recursos humanos para la salud (17) propone reorientar los sistemas de salud hacia las necesidades y los derechos de las personas, las comunidades y los grupos de población (en lugar de que giren en torno de las especialidades clínicas profesionales), así como una educación y formación profesional, técnica y laboral basadas en competencias.

En este documento, los términos “personal de salud” o “profesionales de la salud” se refieren a los trabajadores de salud que brindan servicios dirigidos a los pacientes y grupos de población, tales como personal médico, personal de enfermería, parteras, farmacéuticos, trabajadores de salud legos, gerentes y agentes de salud comunitarios, entre otros. Los miembros del personal de salud necesitarán la capacidad para promover los derechos humanos de las personas en materia de salud y permitir que los individuos se conviertan en participantes activos en el cuidado de su propia salud.

Los sistemas de salud y las necesidades de formación de los profesionales de la salud deben entenderse no sólo en relación con las personas, las comunidades y los grupos de población

a los que pretenden servir, sino también con el contexto sociocultural, económico, jurídico, político e histórico más amplio en el que se sitúan y que los determina. Para lograr un acceso y un uso satisfactorios de las intervenciones de autocuidado, se necesitan aprendizaje, comunicación y colaboración intersectorial para facilitar una vinculación respetuosa entre los miembros de la comunidad, los usuarios de las intervenciones de autocuidado, los trabajadores de salud y los responsables



de formular las políticas públicas. Las actitudes respetuosas del personal de salud, sin prejuicios y sin discriminación, serán esenciales para introducir de manera eficaz las intervenciones de autocuidado. Entre ellas destaca, por ejemplo, escuchar de manera activa y empática y transmitir información completa y precisa, sin tecnicismos y sin prejuicios, a todas las personas.

Para prestar los servicios de una manera que promueva los métodos que están a cargo de los usuarios y la autonomía hará falta capacitación previa y en el servicio, así como supervisión en el trabajo y rendición de cuentas. Además, las estrategias interdisciplinarias para promover el trabajo en equipos interprofesionales permitirán optimizar una combinación de habilidades y delegar funciones a través de la división de las

tareas para la prestación de los servicios, y se reconocerá a los usuarios como cogeneradores de su propia salud. Asimismo, para lograr un cambio de comportamiento a favor de la salud es más eficaz la formación previa al servicio, mediante planes de estudio de calidad y basados en competencias, que las intervenciones puntuales en el trabajo.

4.4.1 NECESIDADES DE FORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS

Las recomendaciones de la OMS apoyan varios aspectos cruciales de la participación de los agentes de salud comunitarios (ASC) para promover y respaldar la introducción, el uso y la aceptación de las intervenciones de autocuidado. Entre ellos destacan los siguientes (19):

- Participación de la comunidad:
 - participación de la comunidad en la selección de los agentes de salud comunitarios;
 - selección de las actividades de los agentes de salud comunitarios y asignación de prioridades;
 - apoyo a las estructuras comunitarias; y
 - participación de los representantes de la comunidad en los procesos de toma de decisiones, resolución de problemas, planificación y presupuestación.

- Movilización de los recursos de la comunidad:
 - determinar los problemas sociales y de salud prioritarios y elaborar y ejecutar los planes de acción correspondientes con las comunidades;
 - movilizar y ayudar a coordinar los recursos locales pertinentes, que representen a los diferentes interesados directos, sectores y organizaciones de la sociedad civil, para abordar los problemas de salud prioritarios;
 - fortalecer los vínculos entre la comunidad y los establecimientos de salud.

- Competencias requeridas para la formación de los agentes de salud comunitarios previa al servicio:
 - competencias necesarias para garantizar una prestación de servicios de calidad;
 - conocimientos y habilidades anteriores, ya sean adquiridos gracias a una capacitación previa o a la experiencia pertinente; y
 - las circunstancias sociales, económicas y geográficas de los estudiantes.

Información de contexto

Cada vez hay más información que confirma la eficacia de los agentes de salud comunitarios para diversos servicios de promoción de la salud, preventivos y curativos, incluidas

las intervenciones de autocuidado, lo que contribuye a reducir las desigualdades en el acceso a la atención. Si bien la integración de los agentes de salud comunitarios en los sistemas de salud y las comunidades varía, y suele ser inadecuada, y aunque la adopción de políticas basadas en la evidencia con respecto a su participación es desigual, las *Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios* ofrecen oportunidades para aprovechar el potencial de estos trabajadores para reforzar la atención primaria de salud y ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud prioritarios para todos (19).

Ejemplos de intervenciones de autocuidado: participación de los agentes de salud comunitarios

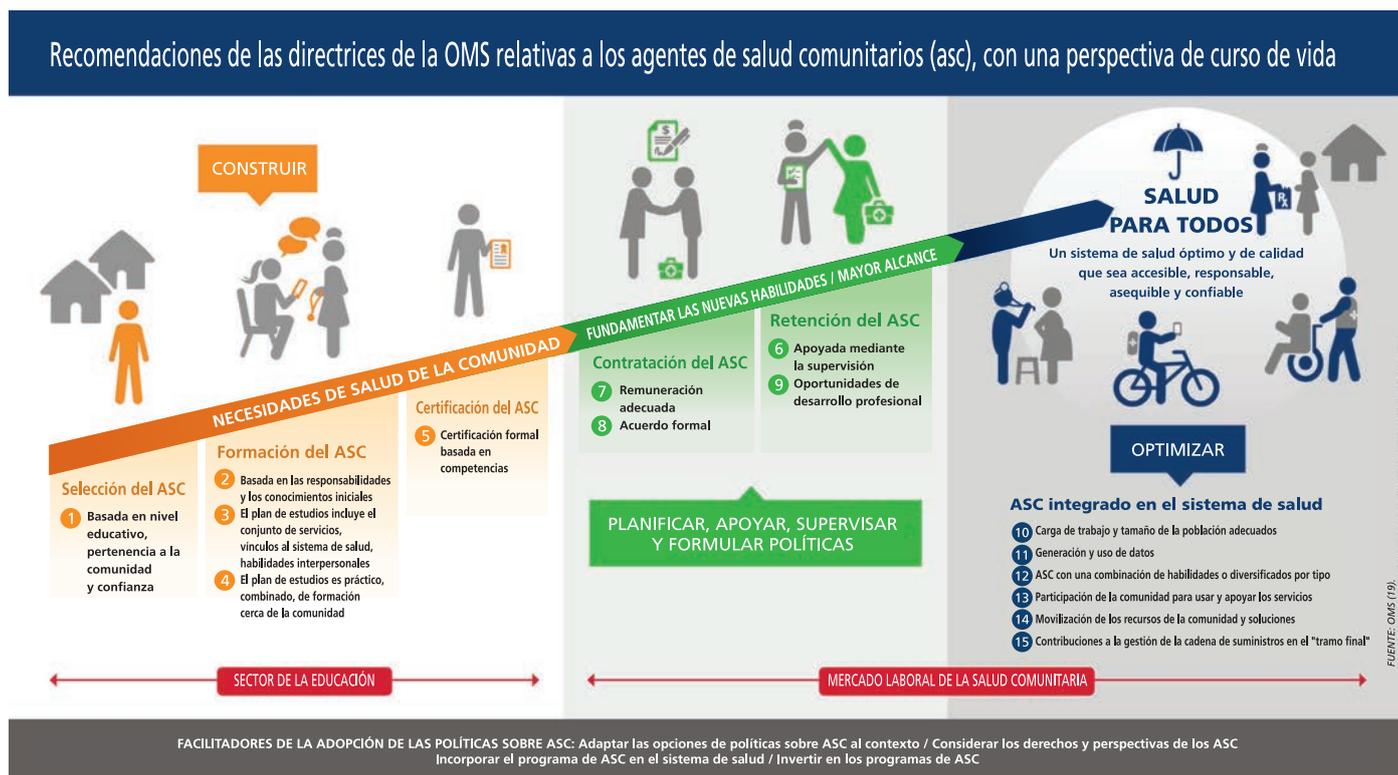


La reorientación del personal de salud requerirá que los trabajadores de salud aborden a los pacientes, a los usuarios y a las comunidades de manera diferente, estén más abiertos a trabajar en equipo (particularmente en equipos interprofesionales), utilicen la información de manera más eficaz en su trabajo y estén dispuestos a innovar en su práctica (20). Es importante que todos los profesionales de la salud vean a los agentes de salud comunitarios como colegas respetados, que pueden compartir la carga de trabajo y promover los objetivos del sistema de salud y de la comunidad.

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

Las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios reflejan el creciente cúmulo de información sobre la función de los agentes de salud comunitarios en la atención de salud y la necesidad de recomendaciones y políticas para integrarlos al personal de salud y a los sistemas de salud de manera más amplia (19). El objetivo de esas directrices consiste en optimizar la elaboración, la ampliación a escala y la sostenibilidad de los programas de agentes de salud comunitarios. Al presentar las recomendaciones, en la directrices se adopta una perspectiva de políticas y sistemas de salud, que abarca los ámbitos de la educación, el mercado de trabajo de la salud comunitaria y la integración de los agentes de salud comunitarios en los sistemas de salud (véase la figura 4.3). La aplicación de las directrices debe adaptarse a los países. Las directrices mundiales de la OMS plantean los principios generales, pero estos deben adaptarse después al contexto local, mediante políticas específicas por país para los agentes de salud comunitarios y para conformarse a las políticas más amplias del sistema de salud y a las estructuras comunitarias.

FIGURA 4.3. RECOMENDACIONES DE LAS DIRECTRICES DE LA OMS RELATIVAS A LOS AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS (ASC), CON UNA PERSPECTIVA DE CURSO DE VIDA



Fuente: OMS (19).



4.4.2 DELEGACIÓN RAZONABLE DE TAREAS Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

| | Declaraciones sobre buenas prácticas |
|---|--|
| Declaración sobre buenas prácticas 7 | Los países deberían, en colaboración con las partes interesadas pertinentes (incluidos grupos de pacientes y la comunidad), considerar la ejecución o ampliación y fortalecimiento de la delegación razonable de tareas a las personas, los cuidadores y las comunidades, como miembros del equipo de salud, de manera eficaz y que produzca resultados equitativos en materia de salud. |
| Declaración sobre buenas prácticas 8 | Las personas que aplican intervenciones de autocuidado y los cuidadores que no sean profesionales de la salud capacitados pueden tener capacidad de acción y decisión para gestionar determinados aspectos de la salud bajo la responsabilidad de un profesional de la salud, en especial los relacionados con el autocuidado y la utilización de intervenciones en este ámbito, cuando sea apropiado y dentro de un contexto de sistemas de salud seguros y solidarios. |

Antecedentes

La definición de la OMS de la delegación razonable de tareas entre los equipos de salud apoya la redistribución de determinadas tareas, cuando proceda, de los trabajadores de salud altamente cualificados a trabajadores con una formación más corta y menos especializados, como los agentes de salud comunitarios, para hacer un uso más eficiente de los recursos humanos disponibles para la salud (21).



Uno de los principios de la atención centrada en las personas consiste en ver a las personas, los cuidadores y las comunidades como participantes activos en la gestión de su propia salud y como miembros del equipo de salud. Por lo tanto, el diálogo en torno a la delegación razonable de tareas también incluye comentar las funciones y tareas que asumen las personas, los cuidadores y las comunidades en el autocuidado y la gestión de su propia salud. La delegación razonable de tareas puede fortalecer la

prestación actual de servicios de salud por parte del personal al ampliar el acceso a los servicios y, por lo tanto, puede ser una respuesta pragmática a la escasez de personal de salud, además de mejorar el acceso y la costoeficacia. Sin embargo, la asignación de tareas y funciones debe llevarse a cabo de tal manera que se logren resultados equitativos, y junto con otras inversiones en recursos humanos para la salud.

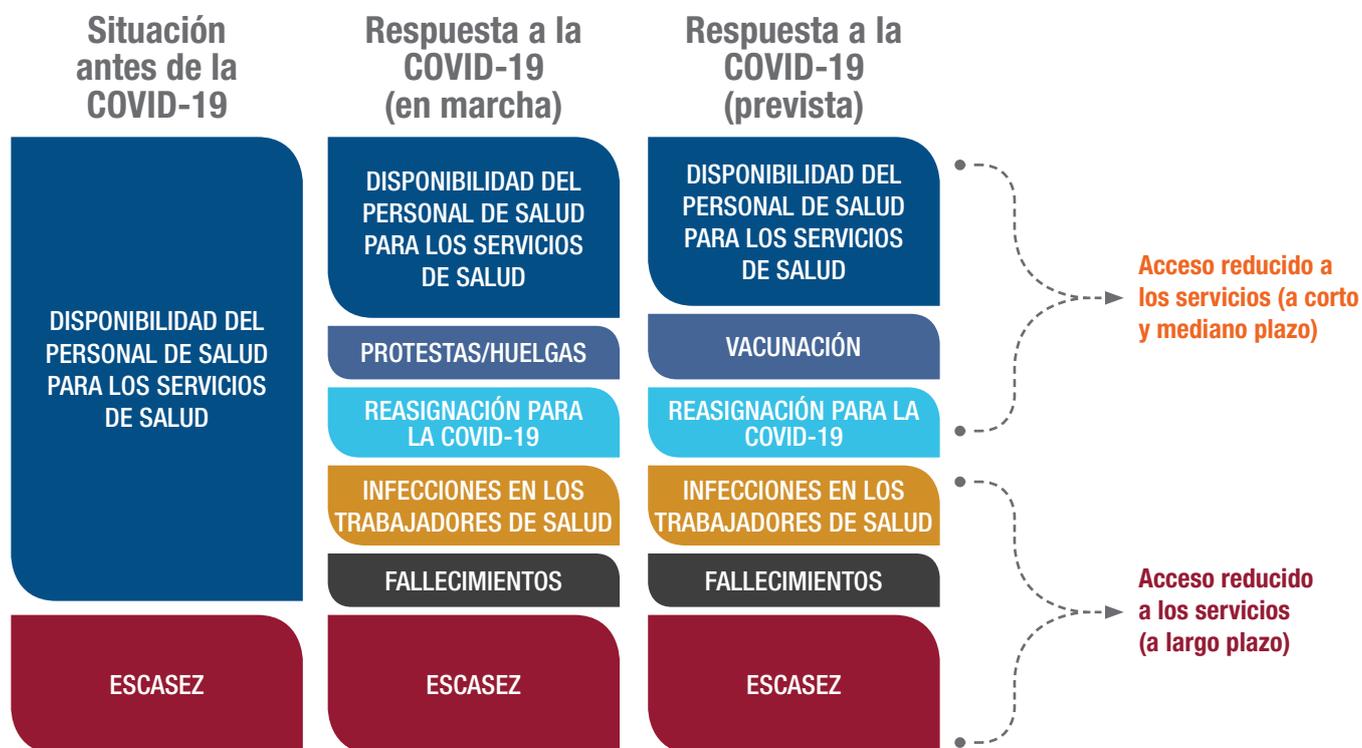
Ejemplos de intervenciones de autocuidado: delegación de tareas para la prestación de servicios de salud

Las orientaciones de la OMS abordan muchos ejemplos relativos a diversos temas de salud sexual y reproductiva, como el VIH (21), la planificación familiar (22), el aborto seguro (23) y la salud materna (24). También hay ejemplos sobre cómo empoderar a las personas con infección por el VIH para que participen en la atención de su propia afección crónica y para que apoyen a otras como parte de programas de pacientes expertos (24–27). Una estrategia así no tiene por qué ser una delegación permanente de los tareas de los trabajadores de salud a las personas, los cuidadores y las comunidades, y no implica eximir a aquellos de la responsabilidad o la rendición

de cuentas. Más bien, es una oportunidad cuando resulta apropiado y necesario. Además, la delegación de tareas ofrece una mejora y un reconocimiento de las importantes funciones que desempeñan las personas, las familias y las comunidades en la gestión de su salud como cuidadoras de sí mismas y de los demás. Dicha delegación se está aplicando en diversos grados en muchos países, y se reconoce en varios documentos de orientación y estrategias nacionales.

La delegación de tareas también se considera cada vez más pertinente durante las crisis humanitarias y las situaciones de pandemia, en las que muchos trabajadores de salud han sido reasignados como respuesta a la crisis, lo que exacerba la escasez general de personal de salud para los servicios de salud esenciales. La pandemia de COVID-19, por ejemplo, ha demostrado claramente que los enfoques programáticos que se vinculan con las respuestas nacionales en vigor son insuficientes para estimar las necesidades en materia de personal de salud, dada la superposición de los costos sociales, financieros y humanos (véase la figura 4.4) (28).

FIGURA 4.4. FACTORES QUE AFECTARON LA DISPOSICIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA COVID 19 EN EL 2020



Fuente: Comisión Europea (28).

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

La delegación de tareas a las personas, los cuidadores y las comunidades está determinada por el contexto, así como por factores socioculturales y políticos. Es pertinente cuando (29):

- las intervenciones de autocuidado se pueden realizar con poco o ningún apoyo por parte de un trabajador de la salud; y
- las personas pueden adquirir y aplicar ciertas habilidades que les permitan atender su salud, entre ellas las de recopilar información, gestionar los medicamentos, atender los síntomas y las consecuencias psicológicas, modificar su modo de vida, pedir apoyo social y comunicarse de manera eficaz.

Será necesario un diálogo nacional para determinar si:

- la disponibilidad de trabajadores de salud en diferentes niveles contribuye a la accesibilidad y el uso de las intervenciones de autocuidado;
- los responsables de la formulación de políticas, los gerentes de los programas y los trabajadores de salud están dispuestos a considerar la delegación razonable de tareas a los legos;
- los trabajadores de salud cuentan con el apoyo de otros componentes interrelacionados del sistema de salud para promover las intervenciones de autocuidado;
- las intervenciones de autocuidado se contemplan en el contexto de una mejora de la prestación general de la atención de salud, para permitir una atención holística integrada.

Se necesita más investigación sobre determinados temas de salud, a fin de a) aumentar el número de estudios relativos a los entornos, ámbitos de salud y grupos de población que están mal representados en las investigaciones actuales, y b) comprender los factores contextuales que determinan qué funciona y en qué circunstancias.



Es más probable que la delegación de tareas dentro del equipo de salud tenga éxito cuando las partes interesadas que participan están convencidas de que las consecuencias serán positivas. Para redistribuir o delegar las tareas, es necesario un diálogo con las partes interesadas, a fin de comprender y abordar las expectativas y los temores de quienes se verán afectados, incluidas las personas, sus cuidadores y comunidades y los trabajadores de salud y gerentes. Esto significa que la delegación no debe verse como una medida de reducción de costos. Cuando se delegan las tareas a las personas y sus cuidadores, se deben reconocer los objetivos, las expectativas y las capacidades de quienes asumen nuevas funciones con respecto al autocuidado, y asegurar que estén empoderados para planificar la atención de salud en plena colaboración con el personal de salud, con la supervisión y la evaluación continuas necesarias para lograr los mejores resultados de salud.

4.4.3 FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD BASADA EN COMPETENCIAS

Para prestar intervenciones de autocuidado que sean sensibles culturalmente, respetuosas y compasivas se requiere lo siguiente:

| Declaración sobre buenas prácticas | |
|---|---|
|  <p>Declaración sobre buenas prácticas 9 (adaptada)</p> | <p>Los países deberían adoptar un enfoque sistemático para brindar una capacitación armonizada, normalizada y basada en competencias que esté orientada a satisfacer las necesidades y acreditada, de manera que los profesionales de la salud se encuentren dotados de las competencias apropiadas para realizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • involucrarse y apoyar las prácticas de autocuidado que promuevan la fortaleza emocional, la salud y el bienestar; • determinar el grado en el que una persona desea y puede autovigilar y autogestionar el cuidado de su salud; • promover el acceso a las intervenciones de autocuidado, así como su uso correcto y aceptación; e • instruir a las personas para que preparen y se autoadministren sus medicamentos o tratamientos. |

Información de contexto

Es importante contar con un programa de estudios transformador, fundamentado en el aprendizaje basado en competencias, para ampliar la educación y la formación profesional, técnica y laboral, también por competencias, y mejorar la calidad del personal de salud (17, 30). Además, este tipo de planes de estudio a partir de competencias puede generar efectos educativos positivos que transformen

la prestación de los servicios de salud, como la mejora de los planes de estudios dirigida a revisar las modalidades de enseñanza, centrarse en las necesidades y tendencias de salud prevalentes, abordar los requerimientos individuales de los estudiantes y generar un enfoque integral para el desarrollo de infraestructura que contemple los avances tecnológicos (31).

RECUADRO 4.3 ESTUDIO DE CASO SOBRE EL APRENDIZAJE BASADO EN COMPETENCIAS PARA QUE LOS TRABAJADORES DE SALUD LLEVEN A CABO INTERVENCIONES ANTICONCEPTIVAS DE AUTOCUIDADO Y MANTENGAN LA ANTICONCEPCIÓN COMO UN SERVICIO ESENCIAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Academia de la OMS ha puesto en marcha un programa de aprendizaje sobre el asesoramiento y la prescripción de anticonceptivos en las farmacias. Abarca el asesoramiento sobre anticoncepción y la prescripción de métodos anticonceptivos autoadministrados que se pueden emplear en el hogar o en entornos seguros, como los refugios para mujeres en riesgo de sufrir violencia de pareja.

En una encuesta realizada en el 2020 por la OMS se reconoció que los servicios de planificación familiar se trastornaron en el 68% de los países durante la pandemia (32). En muchos países, el número de trabajadores de salud no es suficiente para abordar la necesidad de servicios de anticoncepción (33). Las farmacias desempeñan una función importante para satisfacer la creciente demanda de anticonceptivos. A menudo, las pequeñas tiendas o depósitos de medicamentos y las farmacias son la primera línea de atención de salud en los entornos de escasos recursos (34-36), y en muchos países son una opción importante para la adquisición de anticonceptivos (37). Hacer participar a los empleados de las farmacias para ampliar el suministro de métodos anticonceptivos puede mejorar considerablemente el acceso a la anticoncepción para todos (33, 37).

El programa de aprendizaje de la Academia de la OMS está dirigido a los trabajadores de salud de las pequeñas farmacias de las comunidades y las de cadenas comerciales que ofrecen (u ofrecerán) anticonceptivos de venta libre. Los estudiantes avanzan a su propio ritmo, con un método de preguntas y respuestas mediante situaciones clínicas simuladas interactivas para suministrar métodos anticonceptivos autoadministrados de venta libre, que incluyen anticonceptivos de urgencia, anticonceptivos orales combinados o solo de progestágenos, autoinyectables y preservativos masculinos y femeninos. Se les proporcionan las directrices pertinentes, así como guías de trabajo para orientar su avance en cada situación clínica. El programa termina con un breve componente de evaluación, y se otorga un certificado al concluirlo satisfactoriamente.

Este programa de aprendizaje es un primer punto de entrada a un programa más amplio que cubre otras intervenciones de autocuidado. El programa está disponible en los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas.

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

El marco mundial de competencias y resultados de la OMS para la cobertura universal de salud en el 2021 (30) pretende orientar la elaboración de programas educativos que utilicen la secuencia progresiva de conocimientos, habilidades y actitudes para apoyar a los estudiantes a que alcancen resultados en su formación que les permitan reflejar los conocimientos en la prestación de la atención de salud. La atención se centra en las funciones de los servicios de salud (tanto aquellos dirigidos al individuo como a la población) y no en las ocupaciones que prestan dichos servicios.

Las competencias definidas en el marco corresponden a seis esferas: enfoque centrado en las personas, toma de decisiones, comunicación, colaboración, práctica basada en la evidencia y conducta personal. Se proponen 35 actividades de práctica para todo el equipo del personal de salud. A su vez, las actividades de práctica se clasifican en tres esferas: salud individual, salud de la población y gestión y organización.

Si el uso de una intervención de autocuidado hace necesario más apoyo o asesoramiento dentro del sistema de salud (por

ejemplo, cuando el resultado de una prueba es positivo), la capacidad para generar las condiciones a fin de proporcionar los servicios coordinados e integrados —centrados en las necesidades, valores y preferencias de las personas— a lo largo de un continuo asistencial y durante el curso de vida requiere además las competencias que se mencionan a continuación.

-  Comprender que, para una planificación eficaz de la atención, es necesario crear una relación de confianza con los pacientes a lo largo del tiempo, mediante varias conversaciones con ellos y posiblemente con otros interesados.
- Proporcionar al paciente una atención que sea oportuna, apropiada y eficaz para tratar sus problemas de salud y promover la salud.
- Estudiar a los pacientes para detectar las enfermedades concurrentes y evaluar el deterioro cognitivo, los problemas de salud mental (incluido el consumo riesgoso o perjudicial o la dependencia de sustancias) y el riesgo de dañarse a sí mismos o a otros, así como el abuso, el descuido y la violencia doméstica.
-  Evaluar el alcance de la red de apoyo personal y comunitario del paciente y los recursos socio-económicos que puedan repercutir en su salud.

- Hacer coincidir y ajustar el tipo y la intensidad de los servicios a las necesidades del paciente a lo largo del tiempo, para asegurar que se preste una atención oportuna y no duplicada.
- Equilibrar el plan de atención del paciente con una combinación adecuada de intervenciones médicas y psicosociales.
- Incorporar los deseos, las creencias y el curso de vida del paciente en su plan de atención y reducir al mínimo el grado en que las ideas preconcebidas del prestador sobre la enfermedad y el tratamiento impiden que se expresen esas necesidades.
- Abordar las opiniones diferentes y contradictorias de los familiares, cuidadores, amigos y miembros del equipo multidisciplinario de salud cuando sea pertinente, para mantener el bienestar del paciente en el centro de la atención.
-  Emplear intervenciones dirigidas para implicar a los pacientes y estimular su interés en mejorar su salud y cumplir los planes de atención (por ejemplo, mediante entrevistas motivacionales o terapia de mejora motivacional).
- Evaluar sin prejuicios todos los comportamientos de salud, incluido el cumplimiento terapéutico.

4.5 CONSIDERACIONES SOBRE LA EJECUCIÓN EN GRUPOS DE POBLACIÓN ESPECÍFICOS



4.5.1 CONSIDERACIONES SOBRE LA EJECUCIÓN DURANTE LAS CRISIS HUMANITARIAS, INCLUIDAS LAS PANDEMIAS

| | Recomendación |
|---------------------------------|---|
| Recomendación 38 (nueva) | La OMS recomienda dar prioridad a los servicios de salud digital, las intervenciones de autocuidado, la distribución de tareas y la extensión asistencial para garantizar el acceso a los medicamentos, pruebas de diagnóstico, dispositivos, información y asesoramiento cuando la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en establecimientos esté interrumpida. |
| Recomendación 39 (nueva) | La OMS recomienda maximizar las medidas de salud y seguridad en el trabajo para el personal, incluida la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicosocial y la promoción de estrategias de autocuidado. |

Información de contexto

Las medidas sociales y de salud pública impuestas por los gobiernos y los organismos de salud pública durante la pandemia de COVID-19 han dado lugar a una exigencias sin precedentes hacia las personas y las comunidades para que practiquen medidas de autocuidado y utilicen intervenciones de autocuidado. Por ejemplo, se ha pedido a individuos, comunidades y sociedades enteras que contribuyan a reducir la transmisión del coronavirus, la mortalidad y los padecimientos que causa, y a proteger su propia salud por medio de una serie de medidas, entre ellas el lavado de las manos, el distanciamiento físico y la autoatención de las afecciones que no requieran acudir a un establecimiento de salud.



Las adaptaciones estratégicas de la prestación de la atención de salud durante las pandemias y las crisis humanitarias deben ser acordes con los principios éticos, como la equidad en la asignación de recursos y el acceso, la autodeterminación, el deber de amparo y el respeto de la dignidad y los derechos humanos (38).

Cuando se trastoca la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud, la OMS recomienda que se dé prioridad a los servicios de salud digitales, las intervenciones de autocuidado, la distribución razonable de las tareas y los servicios de extensión para garantizar el acceso a los medicamentos, las pruebas diagnósticas, los dispositivos, la información y el asesoramiento (38). En esta prioridad debería incluirse la garantía del acceso a los anticonceptivos, el aborto según lo permitido por la ley y los servicios de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH y el virus del papiloma humano (VPH).



Las desigualdades sociales y de género se agravan en los contextos pandémicos, lo que afecta a las niñas y las mujeres de forma diferente a los hombres y los niños. Es probable que en la exposición de las mujeres y las niñas influyan las normas y expectativas sociales en torno a su función de cuidadoras: ellas proporcionan la abrumadora mayoría de los cuidados en el hogar y constituyen la mayor parte del personal de salud. En general, la falta de protección de los grupos subatendidos y marginados las expone a un mayor riesgo de infección y socava la respuesta a la COVID 19 y a otras pandemias y crisis en un sentido más amplio.

Ejemplos de intervenciones de autocuidado priorizadas durante las pandemias

En el cuadro 4.1 se destacan algunos ejemplos de

intervenciones de autocuidado a las que la OMS ha dado prioridad entre las medidas sociales y de salud pública en respuesta a la pandemia de COVID-19 (38).

CUADRO 4.1. INTERVENCIONES ESENCIALES DE AUTOCUIDADO DURANTE LAS PANDEMIAS

| Actividades programáticas | Modificaciones para la prestación segura de los servicios de salud sexual y reproductiva |
|--|---|
| Acceso a la anticoncepción | <ul style="list-style-type: none"> • Si el método anticonceptivo que suele utilizar una mujer no está disponible, deben facilitarse otras opciones anticonceptivas (incluidos los métodos de barrera, los métodos de observación de la fertilidad y los anticonceptivos de urgencia). • Relajar los requisitos para la prescripción de anticonceptivos orales o autoinyectables y de anticonceptivos de urgencia y proporcionar suministros para varios meses, con información clara sobre el método y la forma de acceder a la atención especializada en caso de reacciones adversas. • Permitir que las farmacias de todo tipo amplíen la gama de anticonceptivos que pueden ofrecer, además de permitir la expedición de recetas para varios meses y la autoadministración de anticonceptivos inyectables subcutáneos, si están disponibles. |
| Aborto seguro, según lo permitido por la ley, y atención después del aborto | <ul style="list-style-type: none"> • Estudiar la reducción de los obstáculos que podrían retrasar la atención y, por lo tanto, aumentar el riesgo para las adolescentes, las supervivientes de violaciones y otras personas especialmente subatendidas y marginadas en este contexto. • Considerar el uso de métodos médicos no invasivos para realizar abortos seguros y tratar los abortos incompletos. • Reducir al mínimo las visitas a los establecimientos de salud y el contacto entre el personal de salud y las usuarias mediante el uso de la telemedicina y los métodos de autogestión de la salud, cuando proceda, al tiempo que se garantiza el acceso a personal de salud capacitado en caso necesario. • Ajustar la proyección de la demanda de productos básicos y suministros para satisfacer el aumento previsto en la necesidad de métodos médicos para el aborto. Plantearse ampliar los mecanismos de telemedicina para la distribución de medicamentos en los contextos en los que se haya demostrado su eficacia. |
| Salud sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acceso a preservativos y lubricantes en diferentes puntos de venta para que las prácticas sexuales sean más seguras. • Destacar la necesidad de productos menstruales y asegurarse de que se incluyan en las listas de suministros prioritarios, a fin de mitigar la interrupción del abasto. • Informar sobre otras opciones de productos de salud menstrual reutilizables. • En la medida de lo posible, obtener la participación de los grupos comunitarios para ampliar la disponibilidad de los productos menstruales. • Aumentar la disponibilidad de pruebas autoadministradas para el VIH y autorrecolección de muestras para las infecciones de transmisión sexual, incluida la sífilis, y las derivaciones al tratamiento si es necesario. • Dar prioridad a los mensajes adecuados para fomentar que las relaciones sexuales sean seguras y consensuales durante los periodos de confinamiento. • Garantizar un acceso adecuado a los productos básicos esenciales para las personas en tratamiento crónico (por ejemplo, medicamentos para el VIH, gestión de la menopausia o tratamientos hormonales como parte de la atención para la reafirmación de género). |
| Detección y prevención del cáncer cervicouterino | <ul style="list-style-type: none"> • Promover la toma de muestras para la prueba del VPH por las propias pacientes y facilitar la entrega de las muestras en farmacias o establecimiento de salud. Promover el asesoramiento en línea si la prueba de detección es negativa, y el tratamiento adecuado si fuera positiva. |
| Enfermedades no transmisibles | <ul style="list-style-type: none"> • Atención en general: elaborar planes de autoatención y apoyar la autovigilancia de la enfermedad, si procede, con el apoyo de los trabajadores de salud y mediante mecanismos alternativos de prestación de servicios, si es necesario. Aumentar las reservas de medicamentos en los hogares y el suministro de dispositivos de vigilancia. • Atención de las enfermedades respiratorias crónicas, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: si procede, asegurarse de que los pacientes con asma dispongan de tratamientos de rescate (es decir, un tratamiento breve con esteroides) para controlar las crisis asmáticas agudas con ayuda en el hogar, de acuerdo con el plan de autovigilancia acordado con el médico. • Atención de la diabetes: proporcionar a las personas con diabetes de tipo 1 tiras para autovigilancia de cetonas en la orina y asegurarse de que se establezca contacto telefónico con un prestador de servicios de salud. |

| Actividades programáticas | Modificaciones para la prestación segura de los servicios de salud sexual y reproductiva |
|---|---|
| Enfermedades transmisibles | <ul style="list-style-type: none"> • VIH: promover las pruebas autoadministradas del VIH entre las parejas, los pares y los contactos de los grupos de población clave. • Ampliar el número de pruebas autoadministradas mediante puntos de distribución comunitarios, puntos de recogida en los establecimientos de salud (también del sector privado), por Internet y por el servicio postal. Entregar estuches para autoadministración de pruebas del VIH a los compañeros sexuales varones. • Infecciones de transmisión sexual: modificar la realización de pruebas mediante la autorrecolección de muestras en el hogar, garantizando que se suministre información sobre cómo hacerlo correctamente y a dónde enviar las muestras. Modificar la entrega de los resultados de las pruebas, el tratamiento y los mensajes de prevención para distribuirlos mediante plataformas digitales, incluidos los teléfonos móviles. • Servicios para las parejas y métodos de prueba mediante las redes de apoyo social para las personas con infección por el VIH: dar prioridad a las parejas y a los contactos sociales de las personas con infección por el VIH para que se hagan las pruebas mediante el seguimiento por Internet y por teléfono y la autoadministración de pruebas (incluir la opción de autodiagnóstico para que la distribuyan las parejas y los pares). |
| Enfermedades tropicales desatendidas | <ul style="list-style-type: none"> • En el caso del tratamiento para la lepra (enfermedad de Hansen), reducir el contacto con los pacientes promoviendo el autocuidado e instruyendo a los pacientes y sus familiares sobre las medidas básicas para prevenir y atender las secuelas (por ejemplo, las úlceras). |

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

A fin de reconocer y satisfacer las necesidades de las personas, las familias y las comunidades en materia de salud sexual y reproductiva durante una situación de autoaislamiento o en lugares con sistemas de salud saturados, resultan esenciales los tres métodos siguientes para aumentar el acceso y la cobertura.

1. Tecnologías y plataformas digitales, que son mecanismos cada vez más importantes para mantener y preservar las intervenciones, los servicios y los tratamientos de salud reproductiva cuando otros medios de acceso a la atención de salud y al tratamiento se ven limitados. Los países deben aprovechar las tecnologías digitales para ofrecer intervenciones de autocuidado e información para la salud reproductiva, a fin de seguir proporcionando a las personas acceso a intervenciones, servicios y tratamientos. Algunos ejemplos son los siguientes:
 - telemedicina de cliente a prestador, para ampliar el autocuidado en los sitios donde se ofrecen y se prestan a distancia los servicios de salud, como las consultas o el seguimiento, incluidas las derivaciones para la autoadministración de anticonceptivos inyectables o las pruebas autoadministradas para el VIH;
 - comunicación dirigida a determinadas audiencias de usuarios para difundir contenidos educativos sobre comportamientos de búsqueda de atención de salud, como información respecto al uso de condones, salud sexual y relaciones sexuales seguras; e
 - intervenciones de comunicación dirigidas a los usuarios, para hacerles llegar notificaciones y recordatorios sobre el cumplimiento terapéutico y los servicios de seguimiento, que pueden apoyar el uso de medicamentos regulados, como el caso de la atención posterior al aborto.

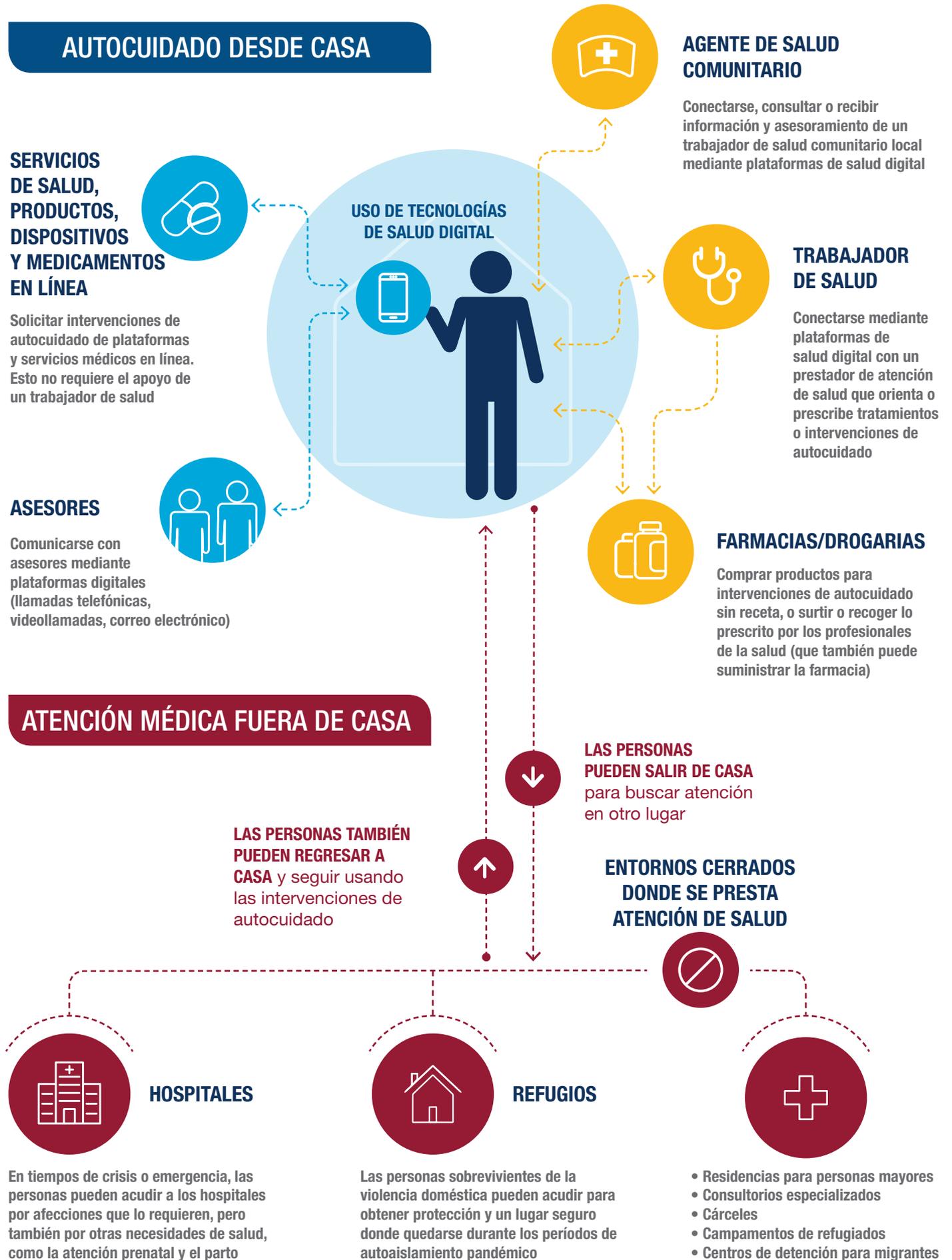
2. Accesibilidad de dispositivos médicos, medicamentos, información y pruebas diagnósticas sin receta, la cual ha ido creciendo a nivel mundial. Garantizar que estos productos puedan obtenerse en las farmacias y droguerías, ya sean móviles o fijos, mejora la cobertura, el acceso, la aceptación y los resultados de salud. Algunos ejemplos son los siguientes:

- anticoncepción oral de venta libre, lo que puede aumentar el acceso a esta opción eficaz y reducir el número de embarazos no deseados;
- productos de higiene menstrual, incluso en situaciones de escasez de agua o falta de agua limpia; y
- profilaxis posterior a la exposición para el VIH para las personas que enfrentan un alto riesgo de violencia sexual. Si bien la información al respecto es principalmente sobre mujeres y niñas, otros grupos de población subatendidos y marginados, como las personas transgénero, también pueden estar en mayor riesgo.

3. Métodos para aumentar el acceso a la atención y la cobertura para las afecciones de salud sexual y reproductiva no relacionadas con la pandemia mientras están en vigor las medidas sociales y de salud pública. Algunos ejemplos son los siguientes:

- visitas de atención prenatal y atención del parto y el posparto;
- repetición de la prueba y acceso al tratamiento si una prueba autoadministrada para el VIH resulta positiva, y acceso al diagnóstico y el tratamiento para otras infecciones de transmisión sexual si es necesario; y
- acceso a centros para atención de crisis, refugios, asistencia jurídica y servicios de protección para las personas que sobreviven a la violencia.

FIGURA 4.5. FUNCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO MIENTRAS ESTÁN EN VIGOR LAS MEDIDAS SOCIALES Y DE SALUD PÚBLICA DURANTE LAS PANDEMIAS





4.5.2 ENFOQUE DEL CURSO DE VIDA

| | Declaración sobre buenas prácticas |
|---------------------------------------|---|
| Declaración sobre buenas prácticas 10 | La sensibilización sobre las intervenciones de autocuidado debería adaptarse a las necesidades concretas de las personas a lo largo de la vida y a los diferentes entornos y circunstancias, y en ella se debería reconocer su derecho a la salud sexual y reproductiva durante el curso de vida. |

Información de contexto

Con un enfoque del curso de vida, la salud y el riesgo de enfermedad se entienden como el resultado de las experiencias de vida de las personas y de sus exposiciones sociales y físicas, desde la vida intrauterina hasta la edad avanzada (39). Este enfoque promueve intervenciones oportunas para apoyar la salud de las personas en etapas cruciales de la vida y reclama medidas dirigidas a las sociedades en su conjunto, así como a las causas de las enfermedades y la mala salud, en lugar de solo apuntar a las consecuencias en los individuos. En resumen, una perspectiva de la salud y el bienestar en el curso de vida significa reconocer los efectos críticos e interdependientes de los factores individuales, intergeneracionales, sociales, ambientales y temporales en la salud y el bienestar de los individuos y las comunidades (40).

El principal resultado del enfoque del curso de vida es la capacidad funcional, que está determinada por la capacidad intrínseca de las personas en sus interacciones con su entorno físico y social, y por lo tanto es interdependiente del ejercicio de los derechos humanos (41). La capacidad funcional les permite a las personas hacer aquello que valoran, lo que impulsa el bienestar en todas las edades, desde la vida intrauterina y el nacimiento, pasando por la primera infancia, la niñez, la adolescencia y la edad adulta hasta la edad adulta mayor (42).

La falta de conocimiento sistemático sobre la forma en que la salud en las diferentes etapas de la vida se interrelaciona y se acumula a lo largo de la propia vida y de las generaciones es uno de los principales obstáculos para adoptar el enfoque del curso de vida a fin de apoyar la salud y el bienestar. Hay pocos estudios sobre este tema, y la mayoría de ellos se centran en grupos de población de los países desarrollados. Un obstáculo para mejorar la comprensión de la salud a lo largo del tiempo es el enfoque actual en enfermedades aisladas y grupos etarios particulares.

La discriminación por razones de edad es otro de los impedimentos para comprender mejor las necesidades de salud de los grupos de población en determinadas etapas de la vida. Por ejemplo, las nociones sobre la vida sexual y la salud y necesidades sexuales de las personas mayores y los adolescentes a menudo se ven distorsionadas por los estereotipos. La discriminación contra las personas mayores

ha recibido más atención desde los años ochenta, cuando se acuñó el término “edadismo” para este tipo particular de discriminación por razón de edad (43).

Una mejor comprensión de estos obstáculos, y de por qué las personas acceden al autocuidado en lugar de los servicios prestados en establecimientos de salud, permitirá un mejor uso y aceptación de las intervenciones de autocuidado. Reducir la discriminación por razón de edad y cambiar el foco de atención de la investigación y de la acción para que tengan en cuenta la temporalidad y la interconexión es fundamental para adaptar mejor las políticas y las medidas.

Ejemplos de enfoque del curso de vida para intervenciones de autocuidado

Los entornos apropiados para la edad permitirán abordar mejor las necesidades de salud de las personas de todas las edades. Fomentar los ambientes adaptados a las personas mayores, lo que implica reducir la discriminación por razón de edad, forma parte de la estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud (44). Tanto las Naciones Unidas como la iniciativa del decenio del envejecimiento saludable, iniciado en el 2020 (45), reconocen el envejecimiento saludable como un factor que contribuye a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (46).

En los estudios de casos de la OMS sobre la aplicación del enfoque del curso de vida para la salud en los pequeños países europeos de Islandia y Malta se reconocieron tres factores que permiten dicha aplicación (47). El primer factor implica fortalecer la colaboración entre las diferentes áreas del gobierno, la sociedad y otros sectores. En los estudios se demostró que la planificación y la acción se enriquecieron gracias a las perspectivas y la participación de todos los actores. El segundo factor apunta a que las intervenciones de atención de salud sean sensibles y receptivas a los temas de equidad y de género, ya que estos dos aspectos suelen estar en la raíz de las desventajas que duran toda la vida de las personas y persisten a lo largo de generaciones. Por último, el tercer factor facilitador fue la asignación de tiempo y recursos a la supervisión y el intercambio de conocimientos; estas dos actividades son cruciales para garantizar la adopción, la mejora continua y la persistencia del enfoque del curso de vida y las acciones relacionadas con este.

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

El caso de las personas mayores ilustra bien los posibles beneficios de adoptar un enfoque de la salud a lo largo de todo el curso de vida. “Adultos mayores” sigue siendo una categoría demasiado amplia, ya que a menudo se utiliza para todos los adultos en la segunda mitad de la vida (48). No obstante, la edad adulta mayor comprende diferentes etapas de la vida que deben diferenciarse y comprenderse mejor para poder satisfacer las necesidades de salud de cada etapa. Actualmente, la OMS identifica tres categorías de edad entre las personas mayores: la mediana de edad (de 50 a 64 años) y dos grupos de edad avanzada (de 65 a 79 años y de más de 80 años) (49). Por ejemplo, la salud sexual sigue siendo un aspecto de importancia entre los adultos mayores (50). Según las pocas revisiones sistemáticas sobre la salud sexual de los adultos mayores, también hay una falta de diversidad en la investigación, ya que la mayoría de los estudios sistemáticos sobre el tema se basan en grupos de población de adultos mayores que viven en los países desarrollados (51).

Un enfoque del curso de vida que sea sensible, respetuoso y conocedor de los desafíos y oportunidades particulares en las distintas edades también ayudaría a reducir la discriminación por razón de edad. Aún persisten los estereotipos con respecto a la sexualidad y la vida sexual de los adultos mayores, a pesar de varios estudios que han demostrado que el sexo y el placer son parte integral de la vida y el bienestar de las personas en este grupo etario. Si bien el tema se ha estudiado poco, la información disponible parece indicar que apoyar las capacidades intrínsecas de los adultos mayores para llevar una vida saludable incluye apoyar su opción de disfrutar de las relaciones sexuales seguras y satisfactorias y del placer sexual. Para apoyar las elecciones fundadas, sigue siendo de gran importancia mejorar la alfabetización en materia de salud de los adultos mayores con respecto a la información precisa, los servicios y el autocuidado en temas de salud sexual y reproductiva y derechos conexos.



4.5.3 CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA EJECUCIÓN EN LOS GRUPOS DE POBLACIÓN SUBATENIDOS Y MARGINADOS

| | Declaraciones sobre buenas prácticas |
|---|--|
| Declaración sobre buenas prácticas 11 (adaptada) | Las personas que pertenecen a grupos de población subatendidos y marginados deberían poder llevar una vida sexual placentera y plena, así como tener acceso a una gama de opciones para su salud reproductiva. |
| Declaración sobre buenas prácticas 12 (adaptada) | Los países deberían tomar medidas para aplicar y hacer cumplir las leyes de protección y contra la discriminación, que se derivan de las normas en materia de derechos humanos, a fin de eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia contra los grupos de población subatendidos y marginados. |
| Declaración sobre buenas prácticas 13 (adaptada) | Las personas transgénero y de género diverso que se autoadministran hormonas para la reafirmación de género deben tener acceso a información basada en la evidencia, productos de buena calidad y equipo estéril para inyecciones. |

Observaciones

- Con respecto a la declaración sobre buenas prácticas 13: El sistema de salud también debe apoyar a las personas transgénero y de género diverso, con trabajadores de salud capacitados para atender los eventos adversos secundarios a la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género, y también debe contarse con otras medidas de atención para la reafirmación de género.

Información de contexto

Las personas de grupos de población subatendidos y marginados deben disfrutar el mismo grado de salud y los mismos derechos que las demás personas. Por ejemplo, es importante que tengan acceso a la planificación familiar y otros servicios de salud sexual y reproductiva. Las medidas para reducir la estigmatización y la discriminación a nivel nacional, como la adopción de leyes y políticas de protección y contra la

discriminación para muchos grupos de población subatendidos y marginados, pueden fomentar un entorno favorable, en particular dentro de los sistemas de atención de salud e impartición de justicia, y lo mismo es cierto para los demás grupos de población subatendidos y marginados. Las políticas más eficaces son aquellas que abordan simultáneamente los factores individuales, organizacionales y de políticas públicas que promueven o permiten la estigmatización y la discriminación. Los programas, tanto dentro del sector de la salud como fuera de él, deben instituir políticas y códigos de conducta contra la estigmatización y la discriminación. Son importantes el seguimiento y la supervisión para vigilar que las normas se adopten y se mantengan. Además, debe haber mecanismos para la denuncia anónima a disposición de las personas que puedan sufrir estigmatización o discriminación cuando intenten obtener servicios de salud (52), y también debe facilitarse el acceso a la reparación del daño.

Las leyes y políticas pueden ayudar a proteger los derechos humanos de los grupos de población subatendidos y marginados. Las reformas de las leyes, como la despenalización de los comportamientos sexuales consensuados y el reconocimiento legal de género a las personas transgénero, son facilitadores fundamentales que pueden transformar un entorno hostil en un entorno propicio, favorable y seguro. Debería prestarse especial atención a dichas reformas jurídicas como parte de toda revisión de las políticas y los programas para los grupos de población marginados y subatendidos.



Para apoyar la salud y el bienestar de los grupos de población subatendidos y marginados puede ser necesario modificar la legislación y adoptar nuevas políticas y leyes de protección, de conformidad con las normas internacionales en materia de derechos humanos. Sin leyes y políticas de protección, persistirán los obstáculos para el acceso, la adopción y el uso de los servicios de salud esenciales, incluidas las intervenciones de autocuidado (52).

Ejemplos de intervenciones de autocuidado: reducción del daño

En Indonesia, los jóvenes compran medicamentos psicoactivos de prescripción por placer en las farmacias, a pesar de los esfuerzos del gobierno para controlar su venta, al tiempo que la información sobre cómo usarlos se intercambia en grupos de pares y en línea por medio de las redes sociales. Se creó una campaña de reducción del daño sobre el uso de medicamentos psicoactivos de prescripción en colaboración con dos colectivos de comunicación juvenil de Yakarta conocidos como Pamflet y Kok Bisa. Estos colectivos propusieron difundir “relatos de advertencia” en las redes sociales (53).

Varios estudios cuantitativos sobre personas transgénero y de género diverso a nivel mundial han documentado las tasas notificadas de uso de hormonas sin prescripción médica, que van del 11% en Ontario (Canadá) (54) y el 31% en Londres (Reino

Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) (55) al 49,1% en San Francisco (Estados Unidos de América) (56) y el 78,7% en Río de Janeiro (Brasil) (57). Si bien las personas pueden emplear algunas vías de administración con bastante facilidad sin el apoyo del sistema de salud, otras entrañan riesgos. Al menos un estudio ha indicado que la autoinyección se relaciona con una mayor prevalencia de la infección por el VIH, tal vez por compartir agujas (58). Los programas de reducción de daños podrían evitar estos perjuicios y aprovechar las directrices en vigor para la atención de la afirmación de género.

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

Las medidas de reducción del daño son fundamentales para todos los grupos de población, y en particular para las personas subatendidas y marginadas. Aunque la reducción del daño se asocia principalmente con el consumo de sustancias psicoactivas, hay una amplia gama de programas al respecto. Mientras que algunos atacan el consumo de sustancias como las anfetaminas, el cannabis, el tabaco y el alcohol, otros buscan medios más seguros para administrarlos, como agujas limpias, opciones menos riesgosas y la creación de espacios seguros para el consumo (59). Las medidas de reducción del daño dirigidas a grupos más amplios han instado a los fumadores y bebedores a que asuman la responsabilidad de su propia salud, y los programas exitosos reconocen factores tales como el uso seguro de una intervención o la función esencial de las relaciones sociales (53). La reducción del daño en el contexto de la introducción y el acceso a las intervenciones de autocuidado, como el uso de medicamentos para la autogestión del aborto médico, implica adoptar medidas para que los usuarios no experimenten daños innecesarios. Las comunidades de consumidores de sustancias deben participar activamente en la conceptualización, elaboración, aplicación y evaluación de las actividades de reducción de los daños.



4.6 INTERVENCIONES DE SALUD DIGITAL

| | Declaraciones sobre buenas prácticas |
|---|--|
| Declaración sobre buenas prácticas 14 (adaptada) | Las intervenciones de salud digital ofrecen oportunidades para promover y ofrecer información sobre las intervenciones de autocuidado, así como para generar foros de debate al respecto. |
| Declaración sobre buenas prácticas 15 (adaptada) | Se puede ofrecer telemedicina entre el paciente y el prestador de servicios de salud como apoyo para las intervenciones de autocuidado, a fin de complementar los servicios de salud presenciales. |
| Declaración sobre buenas prácticas 16 (adaptada) | La comunicación digital dirigida al usuario por parte de los trabajadores de salud sobre el uso de intervenciones de autocuidado puede ayudar a ejecutarlas, así como a vigilar y evaluar los resultados de salud. |

Información de contexto

El suministro de información precisa y personalizada sobre determinadas intervenciones y tecnologías de atención de salud, incluso por medio de dispositivos móviles, es importante para promover un autocuidado seguro y eficaz. Con este fin, se necesita información para:

- facilitar el acceso (por ejemplo, con detalles sobre las posibles fuentes o puntos de acceso);
- promover el uso apropiado de una intervención o tecnología mediante instrucciones comprensibles y paso a paso;
- informar a los posibles usuarios sobre las probables consecuencias físicas y emocionales y los efectos secundarios y contraindicaciones; y
- orientar a los posibles usuarios sobre las circunstancias en las que deben buscar atención y cómo hacerlo.

Ejemplos de intervenciones de autocuidado: intervenciones de salud digital

Las intervenciones de autocuidado para la salud ofrecen quizás el mayor potencial para resolver las necesidades o demandas insatisfechas entre los grupos de población marginados o en los contextos con un acceso limitado a la atención de salud, como sería el caso del aborto médico autogestionado en los países donde el aborto es ilegal o está restringido. En tales contextos, la falta de acceso a ciertas intervenciones a menudo se acompaña de una falta de información adecuada al respecto (60) y de reticencia a comentar determinadas intervenciones debido a la estigmatización asociada (61). Un ejemplo sería cuando las jóvenes adquieren anticonceptivos de emergencia de los farmacéuticos pero inmediatamente desechan el empaque y la hoja de información porque podrían incriminarlas.

Muchos estudios sobre las intervenciones de salud digital, incluidas la ciber salud (eSalud) y la salud mediante telefonía móvil (mSalud, un componente de la ciber salud), que a menudo facilitan la comunicación dirigida a los usuarios y la telemedicina entre prestador y usuario, reconocen que hay problemas para el acceso, particularmente en relación con la disponibilidad de teléfonos móviles y la conectividad, así como posibles problemas en materia de confidencialidad. La investigación realizada sobre estas intervenciones a su vez tiene limitaciones: los datos sobre los resultados de salud son escasos y en los estudios rara vez se utilizan diseños rigurosos (62).

Las tecnologías de salud digital ofrecen posibles vías para difundir la información fuera de las fuentes de información más convencionales del sistema de salud formal. Las tecnologías de salud digital comprenden diversos métodos para la difusión de la información, entre ellos las comunicaciones directas

del prestador al usuario, las comunicaciones entre usuarios y los servicios de información sobre pedido para los usuarios (63). Con respecto a la información sobre pedido, el Internet es popular, en especial porque la información en línea está disponible, es asequible y se puede consultar de manera anónima y en privado (64, 65). Los foros de discusión en línea, por medio de redes sociales o aplicaciones, pueden ser fuentes de información entre pares sobre las tecnologías de autocuidado. En lo relativo al suministro de información mediante los teléfonos móviles (por mensajes de texto o aplicaciones para teléfonos inteligentes), las revisiones recientes han demostrado que la difusión de información relacionada con la salud goza de una gran viabilidad y aceptabilidad; en los estudios también se demuestran cambios en los conocimientos y los comportamientos (66).

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

Una revisión sistemática de los estudios sobre adolescentes que acceden a la información en línea en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos puso de relieve la demanda de información y educación sobre experiencias sexuales (y no solo de información técnica) y examinó la repercusión del acceso a la información por esta vía en términos de cambios de comportamiento. La revisión también destacó cómo la demanda de información varía entre los adolescentes de diferentes grupos etarios, lo que demuestra que los adolescentes en general son aptos para evaluar la información. Sin embargo, hacen falta investigaciones sobre la función de las redes sociales en la difusión de información relacionada con la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos. Los estudios sobre el tema, relativamente pocos, destacan las dificultades para medir el impacto, las limitaciones en el diseño de los estudios y la falta de estandarización de los informes (67).

En algunos exámenes recientes se señala cómo la eficacia de las intervenciones de salud digital para suministrar información adecuada sobre intervenciones de autocuidado seguras y eficaces en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos está supeditada a lo siguiente: a) el acceso de los posibles usuarios a la tecnología y a los dispositivos digitales, incluida la conectividad; b) la diversidad y los cambios en los tipos de mecanismos de difusión (por ejemplo, texto, voz, aplicaciones); c) las prioridades y necesidades de información de los diferentes grupos de población (por edad, sexo, sexualidad, discapacidad); d) la necesidad de adaptar el contenido y mantener la fidelidad de los mensajes; e) las preocupaciones sobre la confidencialidad; y f) los niveles actuales de alfabetización general, así como de alfabetización digital y en materia de salud.



4.7 CONSIDERACIONES MEDIOAMBIENTALES

| | Declaraciones sobre buenas prácticas |
|--|---|
| Declaración sobre buenas prácticas 17 | Se debe promover la eliminación segura y sin riesgo de los desechos de los productos de autocuidado en todos los niveles. |
| Declaración sobre buenas prácticas 18 | Los países, los donantes y las partes interesadas pertinentes deberían tomar medidas para promover la adquisición de productos de autocuidado preferibles desde el punto de vista ambiental, al seleccionar suministros que generen menos desperdicio, sean reciclables o generen desechos menos nocivos, o al utilizar cantidades menores. |

Observaciones

- Adoptar las medidas adecuadas para el almacenamiento, incluido el almacenamiento seguro de objetos punzocortantes en el hogar.
- Proporcionar los medios para la eliminación segura del equipo utilizado para la autoinyección de anticonceptivos (sobre todo en los entornos con alta prevalencia del VIH) y brindar la capacitación necesaria sobre el uso de estos medios.
- Brindar la información exacta y el apoyo adecuado a los pacientes y sus familias para que puedan transportar los desechos peligrosos a establecimientos de salud o farmacias. Esto incluye crear conciencia o dar capacitación sobre la eliminación correcta de otros materiales de desecho (no peligrosos) de los productos para el autocuidado.
- En todos los productos para el autocuidado, utilizar etiquetas e instructivos apropiados, que se ajusten al sistema local o nacional de reciclado y eliminación de residuos domésticos.
- Debe prestarse apoyo especial a las personas subatendidas y marginadas, que quizá no tengan la posibilidad de deshacerse de manera segura de los desechos de los productos médicos.

Estas declaraciones sobre buenas prácticas se adaptaron a partir de las declaraciones contenidas en la publicación de la OMS del 2014 *Safe management of wastes from health-care activities*, 2.a ed. (68), que puede consultarse en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548564>.

Información de contexto

Aproximadamente una cuarta parte de los casos de enfermedad y muerte de seres humanos en el mundo pueden atribuirse a factores ambientales, como el agua no apta para el consumo; el saneamiento y la higiene deficientes; la contaminación del aire en interiores y exteriores; los peligros en el lugar de trabajo; los accidentes industriales y enfermedades

ocupacionales; los accidentes de tráfico; las malas prácticas de uso de la tierra; y la mala gestión de los recursos naturales (69). Más de una cuarta parte de los 6,6 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años se asocian con causas y afecciones relacionadas con el medioambiente (70). En comparación con los países de ingresos altos, los factores de salud ambiental revisten una importancia considerablemente mayor en los países de ingresos bajos, donde el agua y el saneamiento deficientes, junto con la contaminación del aire en interiores y exteriores, contribuyen en mayor medida a la mortalidad (70).

A medida que se reduzca la dependencia de los sistemas hospitalarios y aumente la dependencia de los productos de autocuidado, como las pruebas de diagnóstico realizadas en el hogar, se incrementará inevitablemente la cantidad de desechos.

La incidencia creciente de enfermedades cardiovasculares y respiratorias es el principal factor del crecimiento del mercado de dispositivos médicos para el autocuidado. La preferencia por la vigilancia domiciliar de estas enfermedades ha llevado a que disminuya la frecuencia de las visitas a consultorios y hospitales y aumente la aceptación y el uso de dispositivos médicos de autocuidado. Una mayor conciencia sobre la salud y su cuidado también ha impulsado la demanda de dispositivos médicos de autocuidado, y se prevé que siga creciendo. Para que las intervenciones de autocuidado sean sostenibles, será necesario un cambio en las pautas de consumo de la atención de salud, métodos más sostenibles de fabricación de los productos para la salud y mejores técnicas de gestión de residuos.

Si bien hay pocos datos y la investigación es limitada, sobre todo en los entornos de bajos recursos, la creciente popularidad y disponibilidad de las intervenciones de autocuidado ofrece una valiosa oportunidad para adoptar medidas a fin de gestionar responsablemente las repercusiones ambientales.

Ejemplos de intervenciones de autocuidado: efecto sobre el medioambiente

Se calcula que cada año se administran 16 mil millones de inyecciones en todo el mundo. No todas las agujas y jeringas se desechan de forma segura, lo que conlleva el riesgo de lesiones e infecciones y se pierden oportunidades para la reutilización (71). En el 2010, las inyecciones inseguras con suministros contaminados fueron la causa de hasta 33 800 infecciones por el VIH, 1,7 millones de infecciones por el virus de la hepatitis B y 315 000 infecciones por el virus de la hepatitis C. La recolección de materiales en los vertederos o basureros no seguros y la manipulación y clasificación manual de los desechos peligrosos de los establecimientos de salud conllevan otros peligros. Estas prácticas son comunes en muchas regiones del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Quienes recolectan o manipulan los desechos corren el riesgo inmediato de sufrir lesiones por pinchazos de agujas y exposición a materiales tóxicos o infecciosos. En el 2015, una evaluación conjunta de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia encontró que solo el 58% de los establecimientos, de una muestra en 24 países, contaban con sistemas adecuados para la eliminación segura de los residuos sanitarios (72).

Para que el aumento de los productos de autocuidado no tenga efectos nocivos en la salud humana y el medioambiente, es importante la adquisición de productos que no dañen el medioambiente (los llamados “verdes”), al tiempo que se mantiene la calidad de los resultados clínicos. La OMS suscribe una política de adquisiciones ecológica y trata de adquirir bienes y servicios cuya producción, utilización y eliminación final generen la menor carga sobre el medioambiente, siempre que ello sea posible y económico (73).

Para lograr esta política ecológica de adquisiciones, la OMS apoya la estrategia 4R, a fin de (73):

- repensar los requisitos para aminorar las repercusiones ambientales;
- reducir el consumo de materiales;
- reciclar los materiales y los desechos; y
- reducir el consumo de energía.

Antes de ultimar la adquisición de bienes o servicios, deben tenerse en cuenta los efectos ambientales, incluidos el consumo de energía, la toxicidad, el agotamiento de la capa de ozono y la radiación.

La adquisición de bienes y servicios preferibles desde el punto de vista ambiental consiste en adquirir aquellos que sean menos dañinos para el medioambiente. En su forma más simple, esto puede significar la compra de papel reciclado; entre las medidas más complejas está la selección de equipos médicos basada en una evaluación de su efecto ambiental, desde su fabricación hasta su eliminación final, lo que se conoce como ciclo de vida del producto (74).

La OMS respalda la gestión segura y sostenible de los desechos originados por las actividades de atención de salud (74, 75). Para comprender mejor el problema de la gestión de estos desechos, la orientación de la OMS recomienda que los países realicen evaluaciones antes de elegir los métodos de gestión de la atención de salud. Hay herramientas para ayudar en el proceso de evaluación y toma de decisiones, de modo que las políticas adecuadas lleven a elegir las tecnologías que se adapten mejor (75).

Como se menciona en un importante documento de políticas del 2007, los principios básicos de la OMS requieren que todas las actividades de financiamiento y apoyo de la atención de salud sufraguen los costos de la gestión de los residuos sanitarios. Este es un deber de diligencia. Los fabricantes también comparten la responsabilidad de contemplar la gestión de los residuos en el desarrollo y la venta de sus productos y servicios (76). De conformidad con estos principios básicos, en el mencionado documento de políticas del 2007 se formularon una serie de recomendaciones específicas dirigidas a los gobiernos, los donantes y asociados, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y todas las instituciones y organizaciones interesadas (véase el recuadro 4.4) (76). En el estudio de caso del recuadro 4.5 se presenta información sobre los progresos que se han logrado en este ámbito.

RECUADRO 4.4. RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE SISTEMAS PARA LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

Los gobiernos deberían:

- asignar un presupuesto para sufragar los costos de establecer y mantener sistemas eficientes de gestión de los residuos sanitarios;
- solicitar a los donantes, los asociados y otras fuentes de financiamiento externo que incluyan una contribución suficiente para la gestión de los residuos derivados de sus intervenciones; y
- poner en marcha y supervisar sistemas eficientes de gestión de los residuos sanitarios, fortalecer las capacidades y garantizar la salud de los trabajadores y la comunidad.

Los donantes y los asociados deberían:

- incluir en su programa de atención de salud una asignación para sufragar los costos de los sistemas eficientes de gestión de los residuos sanitarios.

Las organizaciones no gubernamentales deberían:

- incluir entre sus objetivos la promoción de una buena gestión de los residuos sanitarios; y
- llevar a cabo programas y actividades que contribuyan a una buena gestión de los residuos sanitarios.

El sector privado debería:

- asumir la responsabilidad de la buena gestión de los residuos sanitarios derivados de los productos y servicios que presta, incluso en el diseño de los productos y empaques.

Todas las instituciones y organizaciones interesadas deberían:

- promover una buena gestión de los residuos sanitarios;
- plantear soluciones innovadoras para reducir el volumen y la toxicidad de los residuos que producen y que se derivan de sus productos; y
- asegurarse de que las estrategias y los programas mundiales de salud tengan en cuenta la gestión de los residuos sanitarios.

Fuente: OMS (76).

RECUADRO 4.5. ESTUDIO DE CASO SOBRE CONSIDERACIONES AMBIENTALES RELACIONADAS CON EL AUTOCUIDADO

El equipo de tareas interinstitucional oficioso de las Naciones Unidas sobre adquisiciones sostenibles en el sector de la salud está alojado en el centro regional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de Estambul (Turquía). Su objetivo es facilitar y coordinar la introducción del proceso de adquisiciones sostenibles entre sus miembros y aprovechar el mandato normativo y los volúmenes de adquisiciones conjuntas de los organismos miembros para influir en el mercado mundial de atención de la salud y en otros sectores, con miras a lograr sistemas y economías de salud más ecológicos. En el 2018, el PNUD y la organización Salud sin Daño (Health Care Without Harm) publicaron el informe del taller de lanzamiento del proyecto SHIPP (proyecto de salud sostenible en las adquisiciones, por su sigla en inglés). El objetivo del proyecto es reducir el daño a las personas y al medioambiente causado por la fabricación, el uso y los desechos de los productos médicos y de la ejecución de los programas de salud (77).

Entre las muchas iniciativas adoptadas en el marco de la estrategia de adquisiciones del PNUD 2015-2017 se encontraba la evaluación de la sostenibilidad de los proveedores a largo plazo de antirretrovirales. Dicha evaluación se basó en las respuestas y la documentación aportadas por los proveedores ante un cuestionario detallado, en el que se tuvieron en cuenta las normas internacionales, los sistemas reconocidos de presentación de informes y otros sistemas de evaluación similares utilizados por organizaciones internacionales e instituciones públicas relacionadas con las adquisiciones. A continuación, se estableció una serie de requisitos para comprobar qué proveedores estaban tomando las medidas necesarias para mejorar las prácticas de sostenibilidad sin comprometer su entrega de mercancías (78).

Resumen de la evidencia y consideraciones del Grupo de Elaboración de las Directrices

Además de las consideraciones medioambientales que se examinaron para las directrices del 2019, las medidas sociales y de salud pública contra la COVID-19 han motivado desde entonces el uso de muchos productos de autocuidado, entre ellos mascarillas, desinfectantes para las manos y guantes, y el volumen de los desechos médicos resultantes ha aumentado constantemente a nivel mundial (79). Por ejemplo, en el apogeo del brote en Wuhan (China), los hospitales produjeron más de seis veces más desechos de lo habitual,

la mayor parte de los cuales fueron equipos de protección personal de plástico (80).

La eliminación segura de estos residuos no solo es pertinente para frenar la transmisión persistente del virus. Los productos también causan efectos nocivos en el medioambiente debido a sus componentes, como los altos niveles de fibras de microplásticos de las mascarillas (81). Estos desafíos en materia de gestión de residuos sólidos surgidos durante de la pandemia y después de ella demandan más investigación y cambios en las políticas y programas ambientales. En el recuadro 4.6 se presenta un ejemplo de ello.

RECUADRO 4.6. ESTUDIO DE CASO SOBRE LA ELIMINACIÓN SEGURA DE LOS DESECHOS DEL AUTOCUIDADO

En respuesta a La Lección Más Grande del Mundo, la iniciativa educativa mundial del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), UNICEF Rumania propuso un proyecto para desechar de manera responsable las mascarillas y otros productos de autocuidado para la protección personal durante la pandemia de COVID-19.

Maestros y alumnos trabajaron juntos para promover la mejor manera de desechar las mascarillas, los guantes, las toallitas antibacterianas y demás materiales empleados para la protección personal. Ahora, decenas de miles de niños rumanos saben que estos artículos deben depositarse solo en contenedores cerrados, para evitar los riesgos de diseminación viral y contaminación ambiental. Sobre la base de los materiales educativos distribuidos por UNICEF Rumania, los maestros guían a sus equipos para formular planes de acción colectivos. Los niños tienen como objetivo crear conciencia sobre los daños que causa al medioambiente el equipo de protección personal que se desecha inapropiadamente y persuadir a los miembros de sus comunidades para que lo desechen de manera responsable.

Fuente: UNICEF (82).

REFERENCIAS PARA EL CAPÍTULO 4

1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley (CA): University of California Press; 1980.
2. Whyte SR, van der Geest S, Hardon A. Social lives of medicines. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
3. Hardon A, Sanabria E. Fluid drugs: revisiting the anthropology of pharmaceuticals. *Annu Rev Anthropol.* 2017;46:117–32. doi:10.1146/annurev-anthro-102116-041539.
4. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med.* 1978;12(2B):85–95. doi:10.1016/0160-7987(78)90014-5.
5. Hardon A, Pell C, Taqueban E, Narasimhan M. Sexual and reproductive self care among women and girls: insights from ethnographic studies. *BMJ.* 2019;365:l1333. doi:10.1136/bmj.l1333.
6. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>, consultado el 22 de junio del 2021).
7. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Washington (DC): Banco Mundial; 2017 (<https://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-healthcoverage-2017-global-monitoring-report>, consultado el 18 de febrero del 2019).

8. Panagioti M, Richardson G, Small N, Murray E, Rogers A, Kennedy A y cols. Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:356. doi:10.1186/1472-6963-14-356.
9. The WHO Mental health policy and service guidance package. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (<https://www.who.int/publications/i/item/9241546468>, consultado el 22 de junio del 2021).
10. Salud mundial y política exterior. Resolución aprobada por la Asamblea General el 12 de diciembre del 2012. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2013 (A/RES/67/81; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/483/49/PDF/N1248349.pdf?OpenElement>, consultado el 15 de mayo del 2019).
11. Universal health coverage: lessons to guide country actions on health financing. Organización Mundial de la Salud, Fundación Rockefeller, Health For All, Save the Children, One Million Community Health Workers Campaign; sin fecha (https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/uhc_and_health_financing.pdf, consultado el 15 de mayo del 2019).
12. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.%20pdf?sequence=1, consultado el 22 de junio del 2021).
13. UHC Compendium: health interventions for universal health coverage [sitio web]. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>, consultado el 18 de marzo del 2021).
14. Remme M, Narasimhan M, Wilson D, Ali M, Vijayasingham L, Ghani F y cols. Self care interventions for sexual and reproductive health and rights: costs, benefits, and financing. *BMJ.* 2019;365:l1228. doi:10.1136/bmj.l1228.
15. Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Namagembe A, Ba A, Belemsaga-Yugbare D y cols. Costs of administering injectable contraceptives through health workers and self-injection: evidence from Burkina Faso, Uganda, and Senegal. *Contraception.* 2018;98:389–95. doi:10.1016/j.contraception.2018.05.018.
16. Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Morozoff C, Cover J, Drake JK. Is contraceptive self-injection cost-effective compared to contraceptive injections from facility-based health workers? Evidence from Uganda. *Contraception.* 2018;98:396–404. doi:10.1016/j.contraception.2018.07.137.
17. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>, consultado el 22 de junio del 2021).
18. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf>, consultado el 18 de febrero del 2019).
19. Directrices de la OMS sobre la política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326553/9789243550367-spa.pdf?ua=1>, consultado el 23 de marzo del 2021).
20. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence: interim report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>, consultado el 23 de marzo del 2021).
21. Task shifting: global recommendations and guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ttr-taskshifting_en_0.pdf, consultado el 23 de marzo del 2021).
22. Task shifting to improve access to contraceptive methods. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94831/WHO_RHR_13.20_eng.pdf?sequence=1, consultado el 23 de marzo del 2021).
23. Tratamiento médico del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328166>, consultado el 23 de marzo del 2021).
24. Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/87848>, consultado el 31 de marzo del 2021).

25. Samb B, Celletti F, Holloway J, Van Damme W, De Cock K, Dybul M. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *N Engl J Med*. 2007;357:2510–4. doi:10.1056/NEJMs071889.
26. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001271.
27. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*. 2004;364:1451–6. doi:10.1016/S0140-6736(04)17229-2.
28. Factors affecting health workforce (HWF) readiness during COVID-19 (as of November 2020).
29. Task shifting and health system design: report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH). Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2019 (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/023_taskshifting_en.pdf, consultado el 24 de marzo del 2021).
30. Global competency and outcomes framework for universal health coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240034662>, sin fecha de consulta).
31. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/transforming-and-scaling-up-health-professionals%E2%80%99-education-and-training>, consultado el 24 de marzo del 2021).
32. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1, consultado el 24 de marzo del 2021).
33. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325480>, consultado el 24 de marzo del 2021).
34. Stanback J, Otterness C, Bekita M, Nakayiza O, Mbonye AK. Injected with controversy: sales and administration of injectable contraceptives in drug shops in Uganda. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011;37:24–9. doi:10.1363/3702411.
35. Task sharing to improve access to family planning/contraception: summary brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259633/WHO-RHR-17.20-eng.pdf>, consultado el 24 de marzo del 2021).
36. Drug shops and pharmacies: sources for family planning commodities and information. En: High-Impact Practices in Family Planning (HIP) [sitio web]. Washington (DC): Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); 2013 (<https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2020/03/DrugShops-EN.pdf>, consultado el 24 de marzo del 2021).
37. Community health workers: bringing family planning services to where people live and work. En: High-Impact Practices in Family Planning (HIP) [sitio web]. Washington (DC): Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); 2015 (<https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-health-workers/>, consultado el 24 de marzo del 2021).
38. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>, consultado el 24 de marzo del 2021).
39. Jacob CM, Baird J, Barker M, Cooper C, Hanson M. The importance of a life course approach to health: chronic disease risk from preconception through adolescence and adulthood. White paper. Ginebra: OMS; 2017; consultado el 22 de junio del 2021.
40. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era, Jakarta, 21–25 July 1997. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698>, consultado el 22 de junio del 2021).

41. World report on ageing and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>, consultado el 22 de junio del 2021).
42. Kuruvilla S, Sadana R, Villar Montesinos E, Beard J, Franz Vasdeki J, Araujo de Carvalho I y cols. A life-course approach to health: synergy with sustainable development goals. *Bull World Health Organ.* 2018;96:42–50. doi:10.2471/BLT.17.198358.
43. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues.* 1980;36(2):8–11. doi:10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x.
44. Global strategy and action plan on ageing and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>, consultado el 22 de junio del 2021).
45. 10 priorities towards a decade of healthy ageing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/10-priorities-for-a-decade-of-action-on-healthy-ageing>, consultado el 22 de junio del 2021).
46. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En: Naciones Unidas [sitio web]. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2015 (<https://sdgs.un.org/es/2030agenda>, consultado el 24 de marzo del 2021).
47. The life-course approach: from theory to practice: case stories from two small countries in Europe. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://issuu.com/whoEurope/docs/the_life-course_approach, consultado el 24 de marzo del 2021).
48. Hinchliff S. Sexual health and older adults: suggestions for social science research. *Reprod Health Matters.* 2016;24:52–4. doi:10.1016/j.rhm.2016.10.001.
49. Women's and girls' health throughout the life course: top facts: pregnancy, childbirth and newborn. En: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/women-s-and-girls-health-throughout-the-life-course>). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018; consultado el 24 de marzo del 2021).
50. Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bull World Health Organ.* 2013;91:707–9. doi:10.2471/BLT.13.119230.
51. Sinkovic M, Towler L. Sexual aging: a systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. *Qual Health Res.* 2018:1–16. doi:10.1177/1049732318819834.
52. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/50854>, consultado el 24 de marzo del 2021).
53. Idrus, NI, Hardon A. Experimental trajectories of young users of psycho-active prescription drugs in urban Indonesia. *J Extrem Anthropol.* 2019;3,72–93. doi:10.5617/jea.7054.
54. Rotondi NK, Bauer GR, Scanlon K, Kaay M, Travers R, Travers A. Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: “do-it-yourself” transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *Am J Public Health.* 2013;103:1830–6. doi:10.2105/AJPH.2013.301348.
55. Ahmad S, Hillyard M, Bhatia G, Rajenthiran S, Davies A. Five year progress and outcome for all patients assessed at the Charing Cross Gender Identity Clinic, London, 2009. EPATH Biennial Conference “Transgender Health Care in Europe”. March 12 – 14, 2015, Ghent, Belgium. Book of Abstracts. 2015 (<https://epath.eu/wp-content/uploads/2014/07/EPATH-2015-Book-of-Abstracts.pdf>, consultado el 13 de marzo del 2021).
56. de Haan G, Santos GM, Arayasirikul S, Raymond HF. Non-prescribed hormone use and barriers to care for transgender women in San Francisco. *LGBT Health.* 2016;2:313–23. doi:10.1089/lgbt.2014.0128.
57. Ferreira ACG, Coelho LE, Jalil EM, Luz PM, Friedman, RK, Guimarães MRC y cols. Transcendendo: a cohort study of HIV-infected and uninfected transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. *Transgend Health.* 2019;4:107–17. doi:10.1089/trgh.2018.0063.
58. Chhim S, Ngin C, Chhoun P, Tuot S, Ly C, Mun P y cols. HIV prevalence and factors associated with HIV infection among transgender women in Cambodia: results from a national integrated biological and behavioral survey. *BMJ Open.* 2017;7:e015390. doi:10.1136/bmjopen-2016-015390.

59. Erickson PG, Riley DM, Cheueng YW, O'Hare PA, editores. Harm reduction: a new direction for drug policies and programs. Toronto: University of Toronto Press; 1997.
60. Wainwright M, Colvin CJ, Swartz A, Leon N. Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health Matters*. 2016;24:155–67. doi:10.1016/j.rhm.2016.06.008.
61. Both R, Samuel F. Keeping silent about emergency contraceptives in Addis Ababa: a qualitative study among young people, service providers, and key stakeholders. *BMC Women's Health*. 2014;14:134. doi:10.1186/s12905-014-0134-5.
62. Ippoliti NB, L'Engle K. Meet us on the phone: mobile phone programs for adolescent sexual and reproductive health in low-to-middle income countries. *Reprod Health*. 2017;14:11. doi:10.1186/s12978-016-0276-z.
63. Clasificación de intervenciones de salud digital v1.0: un lenguaje común para describir los usos de la tecnología digital para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352500/WHO-RHR-18.06-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 24 de marzo del 2021).
64. Simon L, Daneback K. Adolescents' use of the internet for sex education: a thematic and critical review of the literature. *Int J Sex Health*. 2013;25:305–19. doi:10.1080/19317611.2013.823899.
65. Fahy E, Hardikar R, Fox A, Mackay S. Quality of patient health information on the internet: reviewing a complex and evolving landscape. *Australas Med J*. 2014;7:24–8. doi:10.4066/AMJ.2014.1900.
66. L'Engle KL, Mangone ER, Parcesepe AM, Agarwal S, Ippoliti NB. Mobile phone interventions for adolescent sexual and reproductive health: a systematic review. *Pediatrics*. 2016;138:e20160884. doi:10.1542/peds.2016-0884.
67. Gabarron E, Wynn R. Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. *Glob Health Action*. 2016;9:32193. doi:10.3402/gha.v9.32193.
68. Safe management of wastes from health-care activities, 2nd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548564>, consultado el 24 de marzo del 2021).
69. Almost a quarter of all disease caused by environmental exposure. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. 2006 (<https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/en/index.html>, consultado el 24 de marzo del 2021).
70. Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565196>, consultado el 24 de marzo del 2021).
71. Desechos de las actividades de atención sanitaria: datos y cifras. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>, consultado el 24 de marzo del 2021).
72. Organización mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low- and middle-income countries and way forward. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154588/9789241508476_eng.pdf, consultado el 9 de junio del 2021).
73. Procurement at WHO. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. 2019 (<https://www.who.int/about/accountability/procurement>, consultado el 24 de marzo del 2021).
74. Chartier Y, Emmanuel J, Pieper U, Prüss A, Rushbrook P, Stringer R y cols., editores. Safe management of wastes from health-care activities, 2nd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548564>, consultado el 24 de marzo del 2021).
75. Safe health-care waste management: policy paper. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68776>, consultado el 24 de marzo del 2021).
76. WHO core principles for achieving safe and sustainable management of health-care waste: policy paper. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (<https://noharm-global.org/documents/who-core-principles-achieving-safe-and-sustainable-management-health-care-waste>, consultado el 24 de marzo del 2021).

77. Narang A. Sustainable health in procurement project: orientation, planning and inception workshop. Workshop report. 17–19 abril del 2018; Estambul: Centro Regional de Estambul del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2018 (https://issuu.com/informal_int_task_team_sphs/docs/shipp_inception_workshop_report, consultado el 24 de marzo del 2021).
78. SPHS Informal Interagency Task Team, Saving lives sustainably: 2015 annual report: United Nations informal Interagency Task Team on Sustainable Procurement in the Health Sector (SPHS). Estambul: Centro Regional de Estambul del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2016 (https://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/SPHS_Annual_Report_2015.pdf, consultado el 24 de marzo del 2021).
79. Sangkham S. Face mask and medical waste disposal during the novel COVID-19 pandemic in Asia. CSCEE. 2020;2:100052. doi:10.1016/j.cscee.2020.100052.
80. Yang L, Yu X, Wu X, Wang J, Yan X, Jiang S y cols. Emergency response to the explosive growth of health care wastes during COVID-19 pandemic in Wuhan, China. Resour Conserv Recycl. 2021;164:105074. doi:10.1016/j.resconrec.2020.105074.
81. Fadare OO, Okoffo ED. COVID-19 face masks: a potential source of microplastic fibers in the environment. Sci Total Environ. 2020;737:140279. doi:10.1016/j.scitotenv.2020.140279.
82. How to throw away used masks responsibly: children take action against climate change, at World's Largest Lesson 2020. En: UNICEF, Rumania [sitio web]. 2020 (<https://www.unicef.org/romania/stories/how-throw-away-used-masks-responsibly>, consultado el 24 de marzo del 2021)



5.

Cómo formular un programa de investigación para las intervenciones de autocuidado



Sinopsis



Volver al
comienzo

En este capítulo se presentan las estrategias y perspectivas que deben aprovecharse al formular un programa de investigación relativa a las intervenciones de autocuidado, y se destaca la importancia de ampliar la investigación sobre el autocuidado en general y las intervenciones de autocuidado para avanzar en este ámbito.

Contribuir a las metas de los tres mil millones de la OMS

p. 98

Plantear un enfoque apropiado para la investigación

p. 98

Abordar aspectos específicos para fortalecer la base de evidencia

p. 99

Adoptar una perspectiva de derechos humanos y equidad

p. 99

Garantizar una participación significativa de las comunidades

p. 102

Incorporar la traducción del conocimiento

p. 102



5.1 INVESTIGACIÓN SOBRE EL AUTOCUIDADO Y LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO PARA CONTRIBUIR A LAS METAS DE LOS TRES MIL MILLONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En el contexto de la meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de asegurar que mil millones de personas más dispongan de cobertura universal de salud, una estrategia que aumente el acceso a las intervenciones esenciales de autocuidado para la atención primaria de la salud puede contribuir a dicha cobertura universal. Para ello hará falta una sólida base de evidencia y medidas concretas dirigidas a las personas y comunidades subatendidas. La base de evidencia empírica respecto a las necesidades de muchos grupos subatendidos, como las personas de género diverso, es insuficiente. Para que la OMS pueda elaborar documentos de orientación basados en la evidencia que ayuden a alcanzar la cobertura universal de salud, incluso con intervenciones de autocuidado, será necesario prestar especial atención a estas lagunas de la investigación. El programa de investigación y desarrollo se definirá y se coordinará en consonancia con las prioridades nacionales y regionales en materia de salud pública.

Con respecto a la meta de la OMS de proteger mejor a mil millones de personas más frente a las emergencias de salud, el programa de investigación debe centrarse en las herramientas, productos e intervenciones de autocuidado innovadores que puedan ofrecerse a los grupos de población afectados por los peligros para la salud que supongan una gran amenaza y las emergencias humanitarias. Por ejemplo, en respuesta a la pandemia de COVID-19, el apoyo de la OMS a los temas prioritarios de investigación que contribuyen a las plataformas mundiales de investigación tiene como objetivo facilitar el aprendizaje a partir de la respuesta a la pandemia actual, para prepararse mejor para la próxima. Dada la importancia del autocuidado y de las intervenciones de autocuidado que se pusieron de relieve en respuesta a la pandemia de COVID-19, ampliar la investigación en los contextos de crisis humanitarias y de emergencias tiene la máxima importancia.

En cuanto a la meta de la OMS de que mil millones de personas más disfruten de una mejor salud y bienestar, se necesitará investigación sobre la prestación óptima de las intervenciones de autocuidado para aumentar la alfabetización en materia de salud, reducir los factores de riesgo para la salud y promover resultados de salud óptimos. También hace falta investigación sobre cómo las intervenciones de autocuidado pueden derivar en una mejor salud y bienestar, al empoderar a las personas para que comprendan sus derechos y acrecentar su capacidad para discurrir por el sistema de atención médica como consumidores bien informados sobre los beneficios y riesgos para la salud de los productos y servicios. Lo anterior se puede lograr gracias a la acción multisectorial, que debe implicar la participación efectiva de todos los interesados directos,

en especial la sociedad civil y las comunidades subatendidas, y tanto del sector público como del privado.

5.2 HACIA UN ENFOQUE APROPIADO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

El campo de las intervenciones de autocuidado es dinámico, multisectorial y multidisciplinario. Como tal, es importante que los entornos de investigación sean también dinámicos y flexibles, y que los anime un espíritu colaborativo. La participación y contribución de los usuarios finales para configurar el programa de investigación, así como el compromiso efectivo de los usuarios y los trabajadores de salud a lo largo del proceso de investigación en sí, serán un elemento fundamental para una colaboración exitosa.

Las investigaciones futuras en materia de autocuidado se pueden concebir dentro de dos áreas generales:

1. El desarrollo de las intervenciones de autocuidado.



El siguiente es un ejemplo de una pregunta de investigación sobre el desarrollo de las intervenciones: ¿Cuáles son las características óptimas de una intervención de autocuidado culturalmente apropiada para los grupos de población desplazados?

2. La prestación de las intervenciones de autocuidado.



El siguiente es un ejemplo de una pregunta de investigación sobre la prestación: ¿Una determinada intervención de autocuidado mejorará la cobertura, protegerá y promoverá la equidad y los derechos humanos, reducirá los desembolsos directos y responderá a las necesidades actuales y futuras de la población?



El eje de la investigación sobre la eficacia, seguridad, ejecución y prestación de las intervenciones se sustenta en las perspectivas de las personas, los colectivos, las comunidades, el personal de salud y los sistemas. Por ese motivo, se debe prestar atención para que la selección de los procesos y resultados que se evaluarán coincida con las perspectivas pertinentes. Esto también es cierto para los estudios sobre costos y costoeficacia.

Con la adopción cada vez más frecuente de tecnologías de salud digital y de una terapéutica digital para el autocuidado, se presentan nuevas oportunidades para obtener evidencia de la vida real al momento. Sin embargo, esto exige que la gestión de la privacidad, la seguridad y la identidad sea parte esencial de la realización de investigaciones éticas en materia de autocuidado. Es fundamental que haya transparencia, una cultura de confianza y un beneficio mutuo para las personas que participen en las investigaciones y para aquellas a cargo, a fin de crear un entorno de investigación sostenible.



Las investigaciones sobre intervenciones de autocuidado pueden entenderse como una combinación de los principios epidemiológicos convencionales de la atención de salud con las ciencias sociales, los derechos humanos, la igualdad de género, la ética y el derecho. En los

estudios sobre intervenciones de autocuidado se debe definir claramente la contribución de cada estudio a la ampliación de los conocimientos con respecto a un enfoque holístico de la salud y el bienestar; la reducción de las disparidades, vulnerabilidades y diferenciales de poder; y el avance de la cobertura universal de salud.

5.3 ASPECTOS PARTICULARES DE LA INVESTIGACIÓN PARA ENRIQUECER LA BASE DE EVIDENCIA

Durante el proceso y en las reuniones del Grupo de Elaboración de las Directrices para elaborar tanto las directrices del 2019 como las presentes, los miembros del grupo identificaron importantes lagunas de conocimientos que sería necesario subsanar mediante investigaciones primarias más exhaustivas. Había poca evidencia relativa a varias de las preguntas que abordaron las nuevas recomendaciones de las directrices del 2019 y de estas. Entre las razones para ello estaban las siguientes: a) se habían publicado pocos o ningún estudio riguroso en relación con los temas de interés en revistas arbitradas; b) la investigación de los países de ingresos bajos y medianos tenía poca representación; y c) en los estudios se abordaban pocos parámetros o resultados de interés, especialmente los daños. Además, la mayoría de los resultados no estaban desglosados para explicar las posibles diferencias entre los distintos grupos de usuarios de las intervenciones de autocuidado.

El grado de certeza de la evidencia relativa a varias de las intervenciones evaluadas según la metodología GRADE (Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones, por su sigla en inglés) se calificó como bajo o muy bajo. Con respecto a algunas intervenciones, sencillamente no había suficiente evidencia para emitir una recomendación. Esto implica que es probable que la investigación ulterior sobre dichas intervenciones influya en el grado de certeza y en las nuevas recomendaciones relacionadas con ellas. El Grupo de Elaboración de las Directrices reconoció estos aspectos, que fueron la base para señalar las lagunas en la investigación.

En los estudios examinados para las directrices del 2019 y para estas estuvo prácticamente ausente la medición de los daños sociales, como la estigmatización o la violencia de pareja, en calidad de resultados o parámetros (véase el anexo 7). El Grupo

de Elaboración de las Directrices señaló que era especialmente importante medir los daños sociales, ya que se pretendía usar la intervención fuera del sistema de salud. Al diseñar los estudios, es preciso delinear tanto los beneficios sociales como los daños sociales e incluirlos como resultados de la investigación. La vinculación con la atención dentro del sistema de salud puede ser un resultado deseable de una intervención de autocuidado, en especial si la persona necesita atención de salud adicional. Por ejemplo, después de usar una intervención de autocuidado para el tamizaje o la autorrecolección de muestras, puede ser necesario realizar más pruebas en un establecimiento de salud. Los investigadores deben reconocer la complejidad de evaluar una intervención de autocuidado que puede reducir la carga en algunas áreas del sistema de salud al tiempo que la aumenta en otras áreas, y la necesidad de proporcionar información para la toma de decisiones fundadas y ofrecer un vínculo adecuado con la atención. De manera análoga, no se debe transferir la carga y los costos de la atención a la persona bajo la apariencia del autocuidado sin analizar detenidamente los beneficios individuales y los posibles daños.

En el cuadro 5.1 se exponen varias preguntas ilustrativas para la investigación en relación con el entorno propicio para las intervenciones de autocuidado, y luego se presentan algunas preguntas en particular sobre cada intervención, siguiendo la estructura del método GRADE, en los cuadros 5.1 y 5.2. En cada pregunta de investigación se debe considerar la gama de intervenciones de autocuidado, la diversidad de los posibles usuarios y los diferentes lugares en los que se adquieren y utilizan las intervenciones de autocuidado, a partir de los elementos del marco conceptual que se presenta en la figura 2.1 (capítulo 2). La clasificación de las intervenciones de autocuidado puede ayudar aún más a definir las prioridades de investigación (como se señala en el capítulo 1).

El cuadro 5.1 contiene las preguntas para abordar las lagunas de investigación reconocidas por el Grupo de Elaboración de las Directrices, organizadas por tema respecto a las intervenciones de autocuidado que se mencionan en las nuevas recomendaciones de las directrices del 2019 y de estas directrices y por dominio del método GRADE. Se conservaron las lagunas de investigación reconocidas en las directrices del 2019, ya que aún son pertinentes al momento de redactar las presentes directrices (véase el cuadro 5.2). No se pretende que las listas sean exhaustivas; muchos otros temas también pueden requerir más investigación. Además, cabe destacar que este proceso no tiene como objetivo asignar prioridades a la investigación, sino configurar las preguntas de investigación en respuesta a una serie de directrices. Por consiguiente, el orden en que aparecen las lagunas de investigación en los cuadros no implica ninguna jerarquía.

5.4 IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA EQUIDAD EN LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

A lo largo del proceso de elaboración de las presentes directrices, y durante la reunión presencial del Grupo de Elaboración de las Directrices, se hizo hincapié en los aspectos de derechos humanos y equidad como componentes integrales tanto de la formulación como de la prestación de las intervenciones de autocuidado.

Durante el proceso de toma de decisiones del método GRADE, se debatieron las posibles repercusiones de cada intervención en los derechos humanos y la equidad. El Grupo de Elaboración de las Directrices señaló que, en los estudios examinados en las revisiones sistemáticas, estaban prácticamente ausentes los resultados relativos a los derechos humanos y la equidad, y señaló esto como una laguna destacada en la investigación. Los investigadores que analizan la eficacia de las intervenciones de autocuidado deben considerar sistemáticamente cómo los derechos humanos y la ética pueden sustentar una ejecución adecuada de las intervenciones de autocuidado, y cómo la intervención que se está analizando afecta los derechos humanos y la equidad. Para lograrlo, el Grupo de Elaboración de las Directrices propuso que se incluyeran ciertos dominios de resultados a fin de medir el ejercicio de los derechos humanos y la equidad en la investigación sobre el autocuidado. Estos se presentan en el cuadro 5.3, junto con algunas preguntas de investigación ilustrativas al respecto.

Hace falta más trabajo para explorar y determinar los resultados específicos relacionados con estos dominios y los instrumentos óptimos para su medición precisa. La experiencia y la orientación de la iniciativa COMET (Mediciones de Parámetros Básicos en los Ensayos de Eficacia, por su sigla en inglés) son ilustrativas a este respecto. COMET tiene como objetivo reunir a personas interesadas en la formulación y la aplicación de conjuntos de resultados o variables acordados y normalizados, conocidos como “conjuntos de parámetros básicos” (core outcome sets) (1). Estos conjuntos representan lo mínimo que debe medirse e informarse en todos los ensayos clínicos sobre una determinada afección o padecimiento, y también son adecuados para su uso en auditorías clínicas o en investigaciones que no sean ensayos aleatorios. La disponibilidad o el uso de un conjunto de parámetros básicos no implica que los resultados de un ensayo deban restringirse a los del conjunto respectivo. Por el contrario, se espera que se recopile y se presente como mínimo la información sobre dichos parámetros, lo que facilita comparar, contrastar y combinar los resultados de los ensayos según corresponda, mientras los investigadores continúan explorando otros resultados y mediciones de procesos.



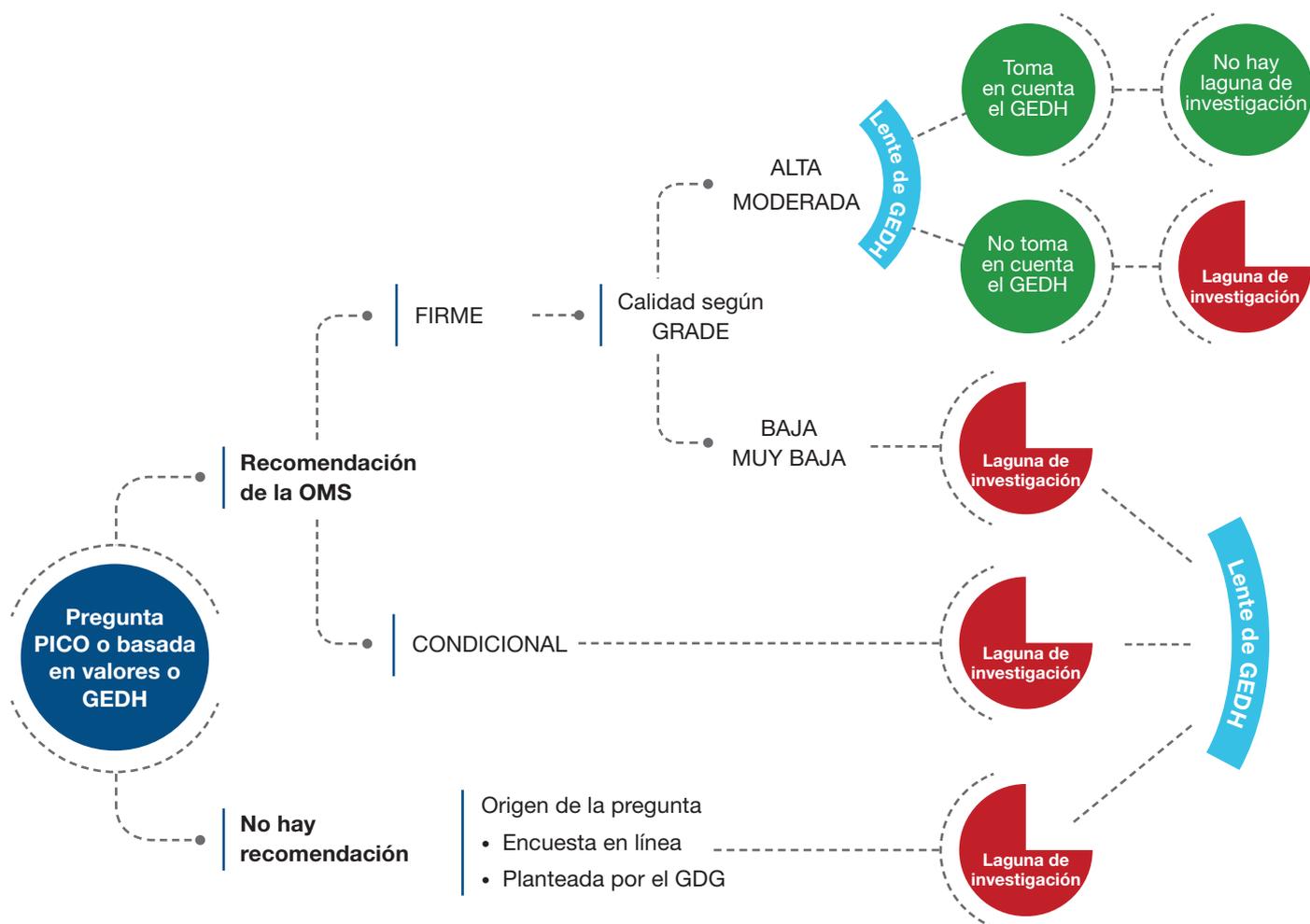
La OMS ha señalado anteriormente la necesidad de fortalecer la investigación y la evaluación de las estrategias para la salud de las mujeres y los niños con un enfoque basado en los derechos humanos, y ha destacado la utilidad de una red multidisciplinaria de investigación y evaluación integrada por profesionales, académicos y responsables de la formulación de políticas con este enfoque (2). Esto podría incluir investigaciones en torno a todas las preguntas sobre las intervenciones de autocuidado relacionadas con los derechos humanos, tanto con respecto a los procesos de prestación de los servicios como a los resultados deseados y no deseados de las intervenciones de autocuidado.

Los aspectos éticos también son importantes. Al respecto, en la investigación sobre las intervenciones de autocuidado, se debe considerar lo siguiente: a) si la investigación tiene valor social para las comunidades que participan o a las que pertenecen los participantes; b) si la investigación beneficia a los usuarios finales de las intervenciones de autocuidado y si se les dan a conocer los resultados de la investigación; y c) si se protegen los derechos y el bienestar de las personas que participan en la investigación (3).

El contacto con usuarios de las intervenciones de autocuidado antes, durante y después de las reuniones del Grupo de Elaboración de las Directrices de la OMS dio como resultado un enfoque constructivo para la elaboración de un programa de investigación basado en directrices y vinculado a ellas (4, 5). Dicho enfoque adopta un marco basado en el método GRADE, lo que permite darle prioridad a los aspectos de género, equidad y derechos humanos al determinar y diseñar los futuros estudios de investigación sobre las intervenciones de autocuidado, como se muestra en la figura 5.1. Para este enfoque es crucial la participación amplia y decidida de los titulares de derechos, incluidos los de grupos marginados, como las personas transgénero y las personas con infección por el VIH.

Hay varias formas de reconocer las lagunas de la investigación, tales como: a) se hacen evidentes durante el proceso de revisión sistemática; b) las plantean los interesados directos durante la participación externa, como en las encuestas o entrevistas; o c) las señala el Grupo de Elaboración de las Directrices durante su reunión de trabajo. Una vez que se reconoce una laguna de investigación, se plantean una o varias preguntas para las investigaciones futuras. Para ello, se combinan cuatro factores: a) si se formuló o no una recomendación durante la reunión; b) la firmeza de dicha recomendación, cuando proceda; c) la certeza de la evidencia que respalda la recomendación; y d) si se midieron las repercusiones en materia de género, equidad y derechos humanos. Este enfoque permite formular un programa de investigación hacia el futuro, en el que el diseño óptimo de los estudios se articule con la viabilidad y las consideraciones metodológicas.

FIGURA 5.1. ALGORITMO JERÁRQUICO DE TOMA DE DECISIONES PARA FORMULAR PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN BASADAS EN LA DISPONIBILIDAD Y FIRMEZA DE UNA RECOMENDACIÓN DE LA OMS COMBINADA CON EL ORIGEN DE LA PREGUNTA



GDG: Grupo de Elaboración de las Directrices (sigla en inglés); GEDH, género, equidad y derechos humanos; PICO: población, intervención, comparación, resultado (sigla en inglés).

Fuente: reproducido con permiso de Siegfried y cols (5).

5.5 CÓMO LOGRAR LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE LAS COMUNIDADES EN LA INVESTIGACIÓN

Tanto la aceptabilidad como la percepción de la calidad de la atención están determinadas por factores relacionales y contextuales, y no necesariamente por la eficacia o seguridad de las intervenciones clínicas o técnicas por sí solas; factores como la compasión, la empatía y la confianza son atributos importantes de una atención de calidad.



Cuando se pasa por alto cómo la cultura y el contexto moldean no solo las relaciones entre las personas, sino la manera en que los resultados de estas relaciones y las interacciones humanas influyen en la forma en que se organizan, se prestan y se experimentan los servicios y la atención de salud, se pierden oportunidades importantes para mejorar la calidad de la atención. Al pasar por alto estos factores, la interacción entre el paciente y el prestador sigue siendo deficiente, tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos y medianos y en especial entre los grupos de población subatendidos.

Se necesitan enfoques razonados, innovadores y creativos para aplicar los principios de la participación efectiva de la comunidad en la investigación y en las metodologías de investigación. Hacer participar a una comunidad para que determine y evalúe sus propias prioridades pone de relieve las deficiencias o inequidades que son importantes para la propia comunidad, en lugar de imponer las necesidades percibidas. También puede señalar las necesidades que el investigador no había reconocido o evaluado en toda su dimensión y que se deben estudiar más a fondo (6, 7). Por ser una organización que establece el programa de investigación, la OMS tiene la responsabilidad de establecer las prioridades en materia de investigación que permitan subsanar las deficiencias en los servicios de salud que son importantes para los grupos de población a los que se atiende. Las buenas prácticas en la investigación participativa también pueden fundamentar los modelos y las intervenciones para que la comunidad participe en el diseño, la ejecución y la supervisión de la prestación de servicios.

5.6 TRADUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

Los conocimientos derivados de la investigación y la experiencia pueden tener poco valor si no se ponen en práctica y si no se supervisa y evalúa regularmente su eficacia o la falta de ella. La traducción del conocimiento ha surgido para resolver muchas de las dificultades que implica cerrar la brecha teórico-práctica (es decir, entre el “saber” y el “hacer”) (8). La transferencia de conocimientos consiste en el flujo de la evidencia a través del llamado “ecosistema de la evidencia”. Para que el conocimiento pueda respaldar y fortalecer los sistemas de salud, debe fluir de manera eficiente entre quienes generan la evidencia (los investigadores primarios), quienes la sintetizan (los revisores sistemáticos), quienes la procesan (los encargados de elaborar directrices) y quienes difunden, ejecutan, supervisan y evalúan las intervenciones basadas en la evidencia. El propósito del ecosistema de la evidencia es mantener la generación y la síntesis continuas de evidencia, así como las políticas y prácticas basadas en ella. Para lograr un flujo de evidencia y que esta se traduzca en acciones, todas las etapas deben estar conectadas, y en cada etapa debe haber tanto la demanda como la oferta de evidencia de calidad garantizada, junto con una demanda de los insumos para la toma de decisiones (evidencia en formas utilizables) (9).

En la figura 5.2 se ilustran los componentes necesarios para un ecosistema de la evidencia que funcione bien (10). La combinación adecuada de tipos de evidencia está determinada por el tema de políticas que se está tratando y la etapa en el ciclo de las políticas. Por ejemplo, la evidencia cualitativa puede ser útil para comprender mejor una oportunidad de autocuidado, como la aceptabilidad y la viabilidad de que los farmacéuticos suministren sin receta un medicamento que antes solo se vendía con prescripción médica. Los datos cuantitativos derivados de ensayos aleatorios o de estudios científicos sobre la ejecución arrojan evidencia sobre la eficacia de una intervención de autocuidado, mientras que la evidencia económica responde las preguntas sobre qué recursos se necesitan para lograr tales resultados y cómo hay que priorizar esos recursos. La evidencia cualitativa también puede brindar información sobre las opiniones de las partes interesadas respecto a la aceptabilidad y viabilidad de las opciones (11). En última instancia, hace falta investigación basada en las directrices y vinculada a ellas para fundamentar las futuras directrices de la OMS de una manera dinámica y cíclica y contribuir así al ecosistema de la evidencia.

FIGURA 5.2. NATURALEZA DINÁMICA DE LA TRADUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

GENERAR EVIDENCIA

Realizar investigaciones primarias, que incluyan investigaciones cuantitativas sobre la eficacia y la seguridad de las intervenciones de autocuidado y estudios cualitativos sobre aceptación, aplicabilidad, viabilidad y costoeficacia, e incorporar la evidencia generada por las comunidades implicadas y mediante la participación significativa de la comunidad.

SINTETIZAR LA EVIDENCIA

Combinar la evidencia derivada de la investigación primaria en revisiones sistemáticas sobre eficacia; valores y preferencias; aspectos de género, equidad y derechos humanos; y uso de recursos.

EVALUAR Y MEJORAR LAS POLÍTICAS Y LAS PRÁCTICAS

Considerar los datos sobre la población derivados de los registros, los indicadores de calidad, las consultas con los usuarios finales y las comunidades afectadas y los datos programáticos para su uso en la evaluación de políticas y programas.



TRADUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO

Utilizar la evidencia para sustentar los insumos que apoyan la toma de decisiones, como las directrices, los documentos de orientación, los documentos de políticas y los resúmenes de la evidencia, y determinar las lagunas de la investigación primaria a partir de estos.

APLICAR LA EVIDENCIA

Políticas y programas fundamentados y elaborados sobre la base de la evidencia relativa a las intervenciones de autocuidado.

DIFUNDIR LA EVIDENCIA A LAS PARTES INTERESADAS

Lograr que la evidencia sobre las intervenciones de autocuidado benéficas y perjudiciales se difunda ampliamente entre los responsables de la toma de decisiones, los trabajadores de salud, las comunidades y usuarios finales afectados y el público. Considerar la accesibilidad y la facilidad de uso.

Fuente: adaptado de MAGIC (10).

CUADRO 5.1. PREGUNTAS PARA ORIENTAR LAS INVESTIGACIONES FUTURAS SOBRE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS CONEXOS (en relación con las intervenciones mencionadas en estas directrices)

| Dominio de GRADE | Preguntas de investigación para resolver las lagunas |
|---|---|
| ¿Debería estar disponible la autovigilancia de la presión arterial para las personas con trastornos hipertensivos del embarazo además de la vigilancia en los consultorios? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los beneficios y los daños de la autovigilancia de la presión arterial para las personas con diferentes trastornos hipertensivos que viven en países de ingresos bajos y medianos? |
| Viabilidad | <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué tipo de alfabetización en materia de salud se necesita para ejecutar con éxito esta intervención? |
| ¿Debería estar disponible la autoadministración de pruebas de proteinuria durante el embarazo, como una opción adicional? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> ¿La autoadministración de pruebas de proteinuria es tan eficaz y precisa para detectar la preeclampsia como la prueba realizada por el prestador de servicios? |
| ¿Debería estar disponible la autovigilancia de la glucemia para las personas con diabetes gestacional además de la vigilancia en los consultorios? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los resultados a largo plazo de la autovigilancia de la glucemia por las personas embarazadas en cuanto a la salud maternoinfantil? ¿Cuál es la evidencia al respecto, específicamente entre adolescentes y mujeres jóvenes? |
| Aceptabilidad | <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué tan aceptable para los trabajadores de salud es la autovigilancia de la glucemia por las personas embarazadas? ¿Hay evidencia de que los trabajadores de salud pueden racionar el uso de los dispositivos para autovigilancia? |
| Valores y preferencias | <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué piensan las adolescentes y las mujeres jóvenes sobre la autovigilancia de la glucemia durante el embarazo? |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> ¿Quién asumirá el costo del dispositivo: el sistema de salud o la persona? ¿Cuáles son las consideraciones en torno a la costoeficacia y cuál es la mejor manera de definir las para que contemplen los costos económicos y sociales? |
| Viabilidad | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las formas óptimas de llevar a cabo la autovigilancia en los lugares donde no se realiza el tamizaje universal para detectar la diabetes gestacional? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál la evidencia al respecto del uso de la autovigilancia en los entornos de bajos recursos? ¿Qué tan accesibles y disponibles son los dispositivos, y cuáles son las implicaciones en materia de equidad? |
| ¿Deberían estar disponibles los anticonceptivos de urgencia sin receta médica? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> ¿Hay algún daño por suministrar anticonceptivos de urgencia sin receta médica? ¿Se cuenta con datos longitudinales que indiquen si los anticonceptivos de urgencia se utilizan correctamente y dentro del plazo adecuado cuando se suministran sin receta? |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> ¿De qué magnitud son las necesidades de recursos (costos) para la usuaria final al acceder a los anticonceptivos de urgencia sin receta en una farmacia en comparación con el suministro por un trabajador de la salud o un consultorio? |

| Dominio de GRADE | Preguntas de investigación para resolver las lagunas |
|--|--|
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay evidencia de daños sociales (por ejemplo, violencia de pareja, estigmatización) después del uso de anticonceptivos de urgencia sin receta médica? • ¿Cuáles son las dificultades y limitaciones para el suministro de anticonceptivos de urgencia sin receta en los entornos de ingresos bajos y medianos? • ¿Cuáles son los obstáculos para el acceso a los anticonceptivos de urgencia sin receta, en particular para los grupos de población marginados? |
| ¿Deberían estar disponibles las pruebas de embarazo autoadministradas como una opción adicional a las pruebas en los consultorios? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la medida adecuada para determinar los beneficios y los daños de las pruebas de embarazo autoadministradas? • ¿Hay daños sociales, como la violencia de pareja, relacionados con las pruebas de embarazo autoadministradas en comparación con las pruebas en un establecimiento de salud? • ¿Cuáles son los efectos del acceso limitado a las pruebas de embarazo autoadministradas en las zonas rurales? • ¿Qué formas de evidencia se pueden recopilar para apoyar adecuadamente las intervenciones sobre las cuales hay pocos datos comparativos? |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los mejores mecanismos (es decir, los de mayor privacidad) para desechar las pruebas de embarazo autoadministradas, especialmente en contextos de crisis humanitarias (por ejemplo, campamentos de refugiados)? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la accesibilidad y la disponibilidad de las pruebas de embarazo autoadministradas en las zonas rurales? • ¿Cuál es la accesibilidad y disponibilidad de las pruebas de embarazo autoadministradas en los entornos humanitarios (por ejemplo, campamentos de refugiados)? |
| ¿Debería poder iniciarse la profilaxis anterior a la exposición (PrEP) después del tamizaje por parte de un farmacéutico, sin receta médica? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los beneficios y daños de iniciar la PrEP sin receta después del tamizaje por parte de un farmacéutico, en comparación con el inicio por un médico y con receta? • ¿Con qué evidencia indirecta se cuenta respecto al inicio de otros medicamentos o intervenciones en las farmacias para fundamentar el inicio de la PrEP en las farmacias? |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto están dispuestas a pagar las personas por la PrEP en relación a) con sus ingresos mensuales y b) con el precio o costo previsto? • ¿Cuál es la costoeficacia de iniciar la PrEP por parte de un farmacéutico sin receta en comparación con iniciarla con receta? • ¿Cómo podrían vincularse las farmacias con los laboratorios para facilitar el inicio de la PrEP por parte de un farmacéutico sin receta médica? • ¿Qué tan sostenible es iniciar la PrEP por parte de un farmacéutico sin receta médica? |
| Valores y preferencias | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué piensan los adolescentes acerca de iniciar la PrEP? ¿Dónde querrían iniciarla? |
| ¿Debería poder continuarse la PrEP por un farmacéutico, sin receta médica? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los beneficios y daños de que un farmacéutico continúe la PrEP sin receta, en comparación con que la continúe un médico y con receta? • ¿Con qué evidencia indirecta se cuenta respecto al inicio de otros medicamentos o intervenciones en las farmacias para fundamentar la continuación de la PrEP en las farmacias? |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la costoeficacia de distribuir las tareas para los servicios de PrEP a los trabajadores de salud con una menor especialización? • ¿Cuáles son los costos de continuar la PrEP por parte de un farmacéutico y a cuánto ascienden los desembolsos directos a largo plazo para el usuario? |

| Dominio de GRADE | Preguntas de investigación para resolver las lagunas |
|--|--|
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo afecta a la equidad el acceder a la continuación de la PrEP en una farmacia ? |
| ¿El uso de lubricantes antes o durante las relaciones sexuales mejora la salud y el bienestar sexuales? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay problemas en materia de seguridad con el uso de lubricantes, especialmente si son de mala calidad o se usan incorrectamente? |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tan asequibles son los lubricantes? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la disponibilidad de los lubricantes? • ¿Algunos grupos de población tienen dificultades para acceder a ellos? |
| ¿Debería estar disponible la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género, además de su administración por los trabajadores de salud? | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los beneficios y los daños de la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género en comparación con la administración por un prestador de servicios? • ¿Cómo se pueden respaldar mejor los beneficios de las hormonas para la reafirmación de género cuando las personas se las autoadministran? |
| Aceptabilidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo pueden los trabajadores de salud apoyar un enfoque centrado en el paciente y de reducción de daños para la autoadministración de las hormonas para la reafirmación de género? |
| Valores y preferencias | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué hormonas para la reafirmación de género se utilizan y con qué fines? • ¿Qué grupos de población transgénero están utilizando hormonas para la reafirmación de género (incluidos los análisis de subpoblaciones como los jóvenes) y en qué entornos? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo influyen las leyes, políticas, regulaciones y prácticas en el uso de las hormonas para la reafirmación de género en general? • ¿Cómo influyen las normas culturales en las actitudes hacia la diversidad de género y la aceptación de las hormonas para la reafirmación de género ? • ¿Cuál es la disponibilidad, accesibilidad (incluida la asequibilidad), aceptabilidad y calidad de las hormonas para la reafirmación de género? • ¿Cómo influye la autoadministración de las hormonas para la reafirmación de género (en lo que respecta a su disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad) en el derecho a la salud? |

GRADE: Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (sigla en inglés).

CUADRO 5.2. PREGUNTAS PARA ORIENTAR LAS INVESTIGACIONES FUTURAS SOBRE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS CONEXOS (en relación con las recomendaciones mencionadas en estas directrices)

| Dominio de GRADE | Preguntas de investigación para resolver las lagunas |
|---|---|
| Autoadministración de anticonceptivos inyectables | |
| Valores y preferencias | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay diferencias entre los grupos de usuarias finales (por ejemplo, organizadas por edad, indicadores socioeconómicos, ocupación o nivel educativo) en términos de sus valores y preferencias? • ¿Qué sucede después de que se suspende la autoadministración de anticonceptivos inyectables? ¿Las personas usan otros métodos? • ¿Qué relación hay entre la estigmatización y la autoadministración de anticonceptivos inyectables? • ¿Cuáles son los modelos óptimos de difusión de la información para crear conciencia y aumentar los conocimientos al respecto? |
| Aceptabilidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Las características de los trabajadores de salud (por ejemplo, edad, nivel de ingresos del país, pertenencia al sector privado o al público) influyen en que estos consideren aceptable la autoinyección de anticonceptivos por las usuarias? • ¿Cuáles son la magnitud y las consecuencias de la autoinyección incorrecta? |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los costos asociados (para el sistema de salud y para la usuaria) de la autoadministración de anticonceptivos inyectables? • ¿Cuáles son los costos y beneficios de la autoadministración de anticonceptivos inyectables? ¿Es costoeficaz? • ¿Cuáles son las repercusiones ambientales al desechar los materiales para la autoadministración de anticonceptivos inyectables? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué medidas contribuirían a reducir o eliminar la desigualdad en el acceso cuando se introduzca la autoadministración de anticonceptivos inyectables? • ¿Hay evidencia de daños sociales (por ejemplo, violencia) derivados de la autoadministración de anticonceptivos inyectables? |
| Autogestión del uso de anticonceptivos, con anticonceptivos orales (píldora) de venta libre | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué eventos adversos tiene el uso de anticonceptivos orales de venta libre? • ¿Hay diferencias en la calidad de los anticonceptivos orales que se consiguen sin receta médica en comparación con los que se venden con receta? • ¿Cuáles son las formas óptimas de brindar asesoramiento sobre el cambio entre anticonceptivos orales o el uso de otras opciones anticonceptivas (por ejemplo, a través de mensajes de texto)? • ¿Cuáles son los beneficios y daños de suministrar la píldora solo de progestágenos sin receta? |
| Valores y preferencias | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los valores y preferencias de las usuarias finales que viven en países de ingresos bajos y medianos en relación con la disponibilidad de anticonceptivos orales de venta libre? • ¿Las adultas y las adolescentes tienen valores y preferencias diferentes con respecto a la disponibilidad de los anticonceptivos orales de venta libre? • ¿Cómo influye la disposición a pagar en la aceptación de los anticonceptivos orales de venta libre? |
| Aceptabilidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué saben y qué opinan los trabajadores de salud sobre el suministro de anticonceptivos orales de venta libre, especialmente en los entornos de ingresos bajos y medianos? • ¿Cuáles son los métodos óptimos para promover la disponibilidad de los anticonceptivos orales de venta libre? • ¿Aplicar la venta libre de anticonceptivos orales cambia el grado de estigmatización y discriminación como obstáculos para el uso de los anticonceptivos orales? |

| Dominio de GRADE | Preguntas de investigación para resolver las lagunas |
|--|--|
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién asume el costo de los anticonceptivos orales de venta libre? ¿Se traslada del sistema de salud a la usuaria? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Podrán las usuarias finales de todas las edades acceder a los anticonceptivos orales de venta libre? ¿Qué obstáculos persistirán? • ¿Cuál es la mejor manera de difundir la información para promover la toma de decisiones fundadas sobre los anticonceptivos orales de venta libre, incluida la utilización inicial, la continuación y la búsqueda de atención en caso de efectos secundarios? |
| Autoexamen con estuches de predicción de la ovulación para la regulación de la fecundidad | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> • ¿El manejo de la fecundidad con estuches de predicción de la ovulación ofrece mejores resultados que el manejo de la fecundidad sin esos estuches en los entornos de ingresos bajos y medianos? |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los costos y beneficios de los estuches de predicción de la ovulación en el hogar, y son costoeficaces en comparación con otras opciones de manejo de la fecundidad? |
| Valores y preferencias | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los valores y preferencias de las personas con respecto a la necesidad de embarazarse y tener un hijo en lugar de no tener hijos en los países de ingresos altos, medianos y bajos? • ¿Cómo influye la disposición a pagar en la utilización de los estuches de predicción de la ovulación? • ¿Qué repercusión tiene el uso de un estuche de predicción de la ovulación en el hogar en la comunicación de la pareja? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo afecta la utilización de estuches de predicción de la ovulación caseros la dinámica de género dentro del hogar? |
| Automuestreo para detección del virus del papiloma humano en el tamizaje del cáncer cervicouterino | |
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los costos y beneficios del automuestreo del virus del papiloma humano (VPH)? ¿Es costoeficaz cuando se incluye la vinculación con la atención como un resultado o parámetro? • ¿Qué diferencias hay en los costos entre las regiones de ingresos altos y bajos? |
| Valores y preferencias | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las formas óptimas para lograr la participación de los posibles usuarios (por ejemplo, por mensajes de texto o por mecanismos de la comunidad)? • ¿El automuestreo del VPH es una estrategia aceptable para aumentar el acceso a la detección y el tratamiento para los hombres transgénero? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se puede garantizar la vinculación con la atención (para diferentes grupos de usuarios finales) después del automuestreo? • ¿Cuáles son los métodos óptimos para acceder a determinados grupos de población (por ejemplo, personas sin hogar, adolescentes, personas en entornos humanitarios)? |
| Autorrecolección de muestras para pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) | |
| Beneficios y daños | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la repercusión de la autorrecolección de muestras para pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) en la detección de las ITS en las parejas? • ¿Qué proporción de las personas que reciben un resultado positivo después de la autorrecolección de muestras para pruebas de ITS buscan los servicios apropiados de atención y tratamiento? • ¿Qué repercusión tiene la autorrecolección de muestras para pruebas de ITS en la vinculación con la atención y la búsqueda de casos? • ¿La autorrecolección de muestras para pruebas de ITS ofrece un beneficio en los entornos de ingresos bajos? • ¿Cuáles son los beneficios y daños de la autorrecolección de muestras para la detección de infecciones virales? • ¿La autorrecolección de muestras para pruebas de ITS aumenta el autotratamiento de estas infecciones (tanto apropiado como inapropiado)? |

| Dominio de GRADE | Preguntas de investigación para resolver las lagunas |
|-----------------------------------|--|
| Uso de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los costos y beneficios de la autorrecolección de muestras para pruebas de ITS, tanto para el sistema de salud como para el usuario, y es costoeficaz dicha autorrecolección? |
| Valores y preferencias | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los valores y preferencias de los grupos de población marginados (por ejemplo, personas de orientación sexual e identidad y expresión de género diversas, trabajadores sexuales) con respecto a la autorrecolección de muestras para pruebas de ITS? |
| Equidad y derechos humanos | <ul style="list-style-type: none"> ¿Es posible que haya coacción para la autorrecolección de muestras para pruebas de ITS? En caso afirmativo, ¿cómo se puede evitar? |

GRADE: Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (sigla en inglés).

CUADRO 5.3. DOMINIOS DE RESULTADOS PARA MEDIR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA EQUIDAD EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL AUTOCUIDADO, Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN ILUSTRATIVAS

| Normas de derechos humanos | Preguntas ilustrativas para la investigación |
|--|--|
| El derecho a la salud, incluida la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la información, los bienes y los servicios | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo podrían las intervenciones de autocuidado promover el acceso, la autonomía y el empoderamiento sin comprometer la seguridad y la calidad? ¿Qué mecanismos de protección contra riesgos financieros pueden ayudar a promover el acceso de todos los grupos de población a las intervenciones de autocuidado? ¿Cuáles son los lugares preferidos de los usuarios para acceder y utilizar las diferentes intervenciones de autocuidado? ¿Qué obstáculos para acceder a los servicios de salud sería necesario abordar para garantizar la vinculación con la atención después del uso de las intervenciones de autocuidado? ¿La calidad de las intervenciones y tecnologías de autocuidado a las que se accede fuera del sistema de salud es la misma que la de las intervenciones a las que se accede dentro del sistema de salud? ¿En qué medida la promoción de las tecnologías de autocuidado tiene una repercusión (negativa) en la prestación de servicios de atención primaria, en particular en la inversión en recursos humanos? |
| Participación | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo pueden los usuarios participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las diferentes intervenciones de autocuidado, incluidos los productos, y en la manera en que se ponen a disposición? |
| Igualdad y no discriminación | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo se reconocerán los grupos de población subatendidos y se adaptarán las regulaciones de manera que tengan en cuenta sus necesidades, para garantizar el acceso en diferentes lugares y en relación con las diferentes intervenciones de autocuidado? ¿Cómo podría influir la dinámica de género en la adopción de las intervenciones de autocuidado y las posibles repercusiones negativas de su uso? ¿Las intervenciones de autocuidado mejoran la equidad en materia de salud en las dimensiones de género, situación socioeconómica y raza o etnia donde hay desigualdades en la cobertura y las necesidades? |
| Derecho a la información | <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las diferentes formas en que las personas acceden a la información relativa a las tecnologías de autocuidado, tanto en Internet como fuera del contexto digital? ¿Qué factores influyen en el grado de comodidad de los diferentes grupos de población al acceder a la información sobre las intervenciones de autocuidado mediante teléfonos móviles compartidos o servicios de Internet de acceso público? ¿Cuál es la mejor manera de supervisar y regular la calidad de la información sobre las intervenciones de autocuidado? |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Toma de decisiones fundadas | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué medidas mejoran la autoeficacia, el empoderamiento y la toma de decisiones fundadas respecto a las intervenciones de autocuidado? • ¿Qué tipos de apoyo o intervención psicosocial podrían ser necesarios para las diferentes intervenciones de autocuidado y para los distintos grupos de población? |
| Privacidad y confidencialidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se pueden diseñar los productos de un solo uso para mantener la confidencialidad? • ¿Cómo tendrían que evolucionar los sistemas de información de gestión de la salud para garantizar la confidencialidad respecto a las intervenciones de autocuidado que pueden utilizarse fuera del entorno de atención de salud? • ¿Qué regulación podría ser necesaria para que las aplicaciones digitales brinden una protección de los datos adecuada para garantizar su confidencialidad? |
| Rendición de cuentas | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué mecanismos de rendición de cuentas y reparación son eficaces en el contexto de las intervenciones de autocuidado? |

REFERENCIAS PARA EL CAPÍTULO 5

1. Core Outcome Measures in Effectiveness Trials [sitio web] (<https://www.comet-initiative.org>, consultado el 25 de marzo del 2021).
2. Bustreo F, Hunt P, Gruskin S, Eide A, McGoey L, Rao S y cols. Women's and children's health: evidence of impact of human rights. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/84203>, consultado el 23 de junio del 2021).
3. Global health ethics: key issues. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.afro.who.int/publications/global-health-ethics-key-issues>, consultado el 23 de junio del 2021).
4. Siegfried N, Narasimhan M, Kennedy CE, Welbourn A, Yuvraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights (SRHR) of women living with HIV: methodological opportunities and challenges. *AIDS Care*. 2017;29:1088–93. doi:10.1080/09540121.2017.1317711.
5. Siegfried N, Narasimhan M, Logie CH, Thomas R, Ferguson L, Moody K y cols. Prioritising gender, equity, and human rights in a GRADE-based framework to inform future research on self care for sexual and reproductive health and rights. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e002128. doi:10.1136/bmjgh-2019-002128.
6. Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241549998>, consultado el 25 de marzo del 2021).
7. Translating community research into global policy reform for national action: a checklist for community engagement to implement the WHO consolidated guideline on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325776/9789241515627-eng.pdf>, consultado el 25 de marzo del 2021).
8. World Health Organization Knowledge Management Strategy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69119/WHO_EIP_KMS_2005.1.pdf, consultado el 25 de marzo del 2021).
9. Shepherd J. How to achieve more effective services: the evidence ecosystem. Cardiff: What Works Network/ Cardiff University; 2014 (https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/69077/1/2014_JPS_What_Works.pdf, consultado el 25 de marzo del 2021).
10. MAGIC Evidence Ecosystem Foundation [sitio web] (<https://magicevidence.org>, consultado el 25 de marzo del 2021).
11. Lewin S, Glenton C, Lawrie TA, Downe S, Finlayson KW, Rosenbaum y cols. Qualitative evidence synthesis (QES) for guidelines: paper 2 – using qualitative evidence synthesis findings to inform evidence-to-decision frameworks and recommendations. *Health Res Policy Syst*. 2019;17:75. doi:10.1186/s12961-019-0468-4



6.

Difusión, aplicabilidad y actualización de las directrices y las recomendaciones



Sinopsis



Volver al
comienzo

En este capítulo se ofrece una visión general de cómo se difundirán las directrices, la repercusión prevista de estas y de los planes de supervisión y evaluación, así como la forma y el momento en que se espera que se actualicen las directrices.

Difusión

p. 114

Aplicabilidad

p. 115

Actualización de las directrices

p. 116



6.1 DIFUSIÓN

Las presentes directrices se podrán consultar en línea en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁴ Se celebrarán reuniones técnicas con el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS y con las oficinas regionales para difundir las recomendaciones y los futuros productos derivados. Entre estos productos habrá herramientas de ejecución, para que los responsables de la formulación de políticas, los directores de programas y los trabajadores de salud pongan de relieve las nuevas recomendaciones y señalen las dificultades contextuales relacionadas con la ejecución.

Los planes de difusión también incluyen talleres y reuniones informativas con diferentes partes interesadas a nivel mundial, regional y nacional. La OMS espera que se formulen planes detallados para la difusión y aplicación de las directrices, y que se elaboren instrumentos para su ejecución en colaboración con los asociados que participarán en ella, los interesados directos nacionales y la sociedad civil, lo que permitirá adaptar los productos derivados a las necesidades de los diferentes contextos nacionales.

El resumen ejecutivo y las recomendaciones de esta publicación se traducirán a los seis idiomas de las Naciones Unidas para su difusión a través de las oficinas regionales de la OMS y durante las reuniones que organice o a las que asista el personal de los departamentos pertinentes de la OMS.

Además de publicarse en las páginas web de la OMS sobre intervenciones de autocuidado y otros temas de salud pertinentes, estas directrices se promoverán en *HRP News*, el boletín electrónico mensual. *HRP News* tiene más de 3000 suscriptores, que incluyen médicos, directores de programas, responsables de las políticas y usuarios de servicios de salud de todo el mundo. Además, para llegar a los principales asociados que trabajan sobre el terreno, las directrices se difundirán por medio de varias plataformas de intercambio de conocimientos, entre ellas la iniciativa de aplicación de las mejores prácticas *Implementing Best Practices (IBP)*.⁵ Por último, de conformidad con las políticas de acceso abierto y derecho de autor de la OMS, las revisiones sistemáticas y las revisiones bibliográficas realizadas para estas directrices se han publicado en revistas

arbitradas (o se han enviado para publicación y están en prensa o están a la espera de decisiones editoriales; véase el anexo 7).

Para promover aún más la difusión de estas directrices, el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS creó una función de búsqueda para la base de datos de directrices y recomendaciones de la OMS.⁶ Además, se seguirán elaborando herramientas de comunicación. El cortometraje sobre las intervenciones de autocuidado,⁷ lanzado durante el primer mes de la OMS sobre el autocuidado (del 24 de junio al 24 de julio del 2019), y otros materiales de comunicación, como fichas de redes sociales (*social media tiles*) y películas, se han integrado en un conjunto de herramientas de comunicación.⁸ En respuesta a la pandemia de COVID-19, también se creó una serie de películas sobre el autocuidado en colaboración con la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH).⁹

6.1.1 COMUNIDAD DE INTERCAMBIO DE PRÁCTICAS

En septiembre del 2020, la OMS puso en marcha la comunidad de intercambio de prácticas sobre intervenciones de autocuidado para la salud, organizada por el Portal de Conocimientos y acción (KAP) de la propia OMS.¹⁰ Esta comunidad de intercambio de prácticas es una plataforma para acrecentar la participación y la colaboración de los interesados directos, y un espacio para que los asociados de la OMS y las Naciones Unidas intercambien investigaciones, evidencia y herramientas a fin de apoyar la difusión y aplicación de estas directrices. La plataforma tiene como finalidad recopilar y difundir el trabajo de ejecución en curso y la evidencia derivada de la investigación, así como estudios de casos sobre las intervenciones de autocuidado. El objetivo de la comunidad de intercambio de prácticas es dotar a sus miembros con los conocimientos y las herramientas para crear conciencia sobre las intervenciones de autocuidado y aplicar las mejores prácticas e intervenciones de autocuidado basadas en la evidencia.

La comunidad de intercambio de prácticas está abierta a toda persona interesada o que trabaje en las intervenciones de autocuidado o temas afines, como enfermedades no transmisibles, promoción de la salud y salud digital. La OMS insta a participar a todos los grupos interdisciplinarios, tanto pertenecientes al sector de la salud como ajenos a él, incluidos los investigadores,

⁴ Puede consultarse en https://www.who.int/es/health-topics/self-care#tab=tab_1

⁵ Para más información, véase: <http://www.ibpinitiative.org>

⁶ La función de búsqueda para este y otros documentos de orientación puede utilizarse en: <https://www.srhr.org>

⁷ Puede verse en YouTube en: <https://youtu.be/hwGPJDQNYoo>

⁸ El conjunto de herramientas puede consultarse en: <https://www.who.int/health-topics/self-care>

⁹ Los videos pueden verse en: <https://pmnch.who.int/resources/multimedia/videos>

¹⁰ Visite el Portal Conocimientos y Acción en: <https://www.knowledge-action-portal.com/es/node>. Se puede crear una cuenta para unirse a la comunidad de intercambio de prácticas sobre el autocuidado en <https://www.knowledge-action-portal.com/en/cop-categories/self-care-interventions-health>.

grupos de la sociedad civil, representantes de comunidades subatendidas, trabajadores de salud, encargados de formular políticas, donantes y promotores de las causas.

6.2 APLICABILIDAD

6.2.1 REPERCUSIONES PREVISTAS DE LAS DIRECTRICES

Es probable que, para la aplicación eficaz de las recomendaciones y las declaraciones sobre buenas prácticas contenidas en estas directrices, sea necesario reorganizar la atención y redistribuir los recursos de salud, en especial en los países de ingresos bajos y medianos. Los posibles obstáculos a la aplicación son:

- falta de recursos humanos con las habilidades y los conocimientos técnicos necesarios para aplicar, supervisar y apoyar las prácticas recomendadas, incluido el asesoramiento a los usuarios;
- falta de infraestructura para apoyar la intervención;
- falta de espacio físico para llevar a cabo el asesoramiento individual o en grupo;
- falta de recursos físicos de calidad, como equipos, estuches de prueba, suministros, medicamentos y suplementos nutricionales;
- falta de mecanismos eficaces de derivación, servicios integrados y algoritmos asistenciales para las personas que pueden necesitar atención adicional;
- falta de comprensión entre los trabajadores de salud y los administradores de los sistemas de salud de la utilidad de las intervenciones recomendadas recientemente;
- falta de sistemas de gestión de la información de salud (por ejemplo, tarjetas de los usuarios, registros) diseñados para documentar y supervisar las prácticas recomendadas;
- falta de leyes, políticas y regulaciones que apoyen una aplicación segura y eficaz; y
- necesidad de refinanciar y redirigir el presupuesto para subsanar las deficiencias arriba mencionadas.

Habida cuenta de estos posibles obstáculos, puede ser necesario un enfoque gradual para la adopción, adaptación y aplicación de las recomendaciones contenidas en las directrices. La OMS estará lista para apoyar diversas estrategias a fin de poner en práctica el enfoque centrado en las personas y los principios básicos que sustentan estas directrices y para ayudar a los países a enfrentar los obstáculos y facilitar la aplicación.

6.2.2 DIRECTRICES SMART

En febrero del 2021, la OMS lanzó las primeras directrices según el enfoque SMART. El enfoque SMART, acrónimo en inglés de “basadas en normas, legibles electrónicamente, adaptativas, basadas en las necesidades y comprobables”, es una nueva

forma de sistematizar y acelerar la aplicación uniforme de las recomendaciones para la era digital. Un conjunto integral de componentes de salud digital reutilizables (por ejemplo, normas de interoperabilidad, bibliotecas de código, algoritmos y especificaciones técnicas y operativas) transforman el proceso de adaptación y aplicación de las directrices para preservar su fidelidad y acelerar su aceptación. Las directrices SMART ofrecen una ruta de cinco pasos para avanzar en la adopción de las mejores prácticas, tanto clínicas como en materia de datos, incluso si un país todavía no es completamente digital (1).

El presente documento es el componente narrativo del conjunto SMART para estas directrices. Se están elaborando otros componentes, entre ellos un kit de adaptación digital.

Las recomendaciones y las declaraciones sobre buenas prácticas de las directrices del 2019 se han incluido en el *Kit de adaptación digital para atención prenatal* de la OMS (2) y en otros kits de adaptación digital que están en preparación (por ejemplo, para la planificación familiar). También se está adoptando un enfoque de directrices SMART en una intervención de autocuidado orientada al cliente, basada en estas directrices, que está próxima a publicarse.

6.2.3 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REPERCUSIONES DE LA DIRECTRIZ

Es fundamental que los sistemas de seguimiento y evaluación sean prácticos, no demasiado complicados, y recopilen información que sea actual y útil y que pueda aplicarse fácilmente. El seguimiento de la aplicación y del impacto de las recomendaciones de estas directrices en los servicios de salud a nivel regional y de país se hará sobre la base de los indicadores disponibles. Sin embargo, dado el ámbito privado en el que se practica en gran medida el autocuidado, es necesario idear nuevas formas de evaluar el impacto de las intervenciones. El énfasis en la aceptación y el uso por parte de los grupos de población subatendidos exige una participación significativa de las comunidades implicadas.

El Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas supervisará y evaluará los datos a nivel nacional y regional sobre los comportamientos de búsqueda de salud y la ejecución de determinadas intervenciones de autocuidado, en colaboración con el Departamento de Sanimetría y Mediciones de la OMS (que dirige la recopilación y el análisis de datos para el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS). Estos datos permitirán comprender mejor la repercusión a corto y mediano plazo de las intervenciones de autocuidado en las políticas nacionales de los distintos Estados Miembros de la OMS.

También se utilizará el marco de impacto del 13.º Programa General de Trabajo de la OMS para supervisar las intervenciones de autocuidado (3).

6.3 ACTUALIZACIÓN DE LAS DIRECTRICES

En estas directrices se emplea un enfoque de “directrices evolutivas”, y se albergarán en la plataforma interactiva MAGICapp¹¹ vinculada a la página sobre intervenciones de autocuidado bajo la sección Temas de salud del sitio web de la OMS. Toda la evidencia de la investigación y las referencias están en la plataforma en línea y se pueden descargar, y los documentos de orientación pertinentes para la ejecución se vincularán a las recomendaciones. Cuando se actualicen las recomendaciones, se marcarán como tales y siempre se mencionará la fecha de la actualización más reciente. Cada vez que haya una actualización, se pondrá a disposición una versión actualizada en PDF de las directrices en el sitio web de la OMS, para facilitar el acceso cuando no haya un acceso fiable a Internet. Además, habrá una opción para recibir comentarios de los usuarios, lo que ayudará a la OMS a reconocer las recomendaciones que puedan necesitar una actualización o alguna aclaración

El enfoque de “directrices evolutivas” permitirá examinar la nueva evidencia derivada de la investigación, para someterla al escrutinio del Grupo de Elaboración de las Directrices (véase el capítulo 1, sección 1.3). En las actualizaciones futuras de estas directrices se incorporarán temas, recomendaciones, declaraciones sobre buenas prácticas y posiblemente consideraciones clave pertinentes en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos, como la higiene menstrual, la analgesia para la dismenorrea, el tratamiento hormonal (oral y transdérmico) para los trastornos menopáusicos y el pesario vaginal para el prolapso de los órganos pélvicos y las enfermedades no transmisibles; enfermedades no transmisibles (como lo relativo al autoexamen mamario y la mejora de la salud mental); y enfermedades transmisibles (como lo relativo al uso del anillo vaginal de dapivirina para la prevención del VIH o los mosquiteros contra la malaria), así como otras áreas de la salud.

Estas directrices se actualizarán a medida que haya nueva evidencia, en consonancia con el concepto de GREAT Network (acrónimo en inglés de “basado en directrices, prioridades de la investigación, síntesis de la evidencia, aplicación de la evidencia y transferencia del conocimiento”),¹² en el que se emplea un proceso sistemático y continuo para reconocer y subsanar las lagunas en la evidencia después de aplicar las directrices.

Debido a la naturaleza rápidamente cambiante de las intervenciones de autocuidado, es necesaria una revisión continua de la bibliografía. Es probable que se necesite una actualización de estas directrices al cabo de 18 a 24 meses de la publicación de la presente versión, para incorporar

nueva evidencia sobre las recomendaciones en vigor o para formular nuevas recomendaciones basadas en la evidencia que pueda surgir, incluso sobre intervenciones de autocuidado desconocidas o no reconocidas durante la deliberación de la presente versión. El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS seguirá atento a los avances de la investigación en materia de intervenciones de autocuidado para la salud, y se incorporará a colegas de otros departamentos pertinentes para ampliar el alcance a más temas de salud. Por ejemplo, varias tecnologías multifuncionales se encuentran en diversas etapas de investigación y desarrollo, pero aún no llegan al mercado. Hay muchas áreas con relación a las cuales no se encontró evidencia, o estuvieron sustentadas por evidencia de mala calidad; en tales casos, pueden ser necesarias nuevas recomendaciones o un cambio en las recomendaciones publicadas, respectivamente. El Comité de Examen de Directrices de la OMS informará a la brevedad de cualquier inquietud sobre la validez de una recomendación después de aprobado el documento de orientación, y se harán planes para actualizar la recomendación según sea necesario en las versiones futuras de las directrices.

Todos los productos técnicos elaborados durante el proceso de redacción de estas directrices, incluidos los informes completos de las revisiones sistemáticas, las estrategias de búsqueda correspondientes y las fechas, se archivarán para su consulta y uso futuros. En los casos en que haya inquietud acerca de la validez de una recomendación a partir de evidencia nueva, se actualizará la revisión sistemática que aborda la pregunta principal. Para actualizar la revisión, se aplicará la estrategia de búsqueda utilizada en la revisión inicial. Toda pregunta nueva que surja después de la revisión exploratoria se someterá a un proceso similar de búsqueda de evidencia, síntesis y aplicación del método GRADE (Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones), en consonancia con las normas del *Manual para la elaboración de directrices* de la OMS (4).

En el proceso de elaboración de las directrices se reconocieron varias lagunas de conocimientos, que se destacan en el capítulo 5 (cuadros 5.1 y 5.2). La OMS se propone emitir nuevas orientaciones que promuevan la equidad, cuya aplicación sea viable y que contribuyan a mejorar el autocuidado, de modo que en las futuras versiones de estas directrices puedan incluirse las recomendaciones apropiadas, y que los países y los programas las adopten y las apliquen.

¹¹ Véase: <https://app.magicapp.org/#/guidelines>

¹² Véase más información en: <https://greatnetworkglobal.org>

REFERENCIAS PARA EL CAPÍTULO 6

1. Mehl G, Tunçalp Ö, Ratanaprayul N, Tamrat T, Barreix M, Lowrance D, et al. WHO SMART guidelines: optimising country-level use of guideline recommendations in the digital age. *Lancet Digit Health*. 2021;3(4):E213–6. doi:10.1016/S2589-7500(21)00038-8.
2. Kit de adaptación digital para atención prenatal: requisitos operativos para implementar las recomendaciones de la OMS en los sistemas digitales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020306>, consultado el 26 de marzo del 2021).
3. Proyecto de presupuesto por programas 2020-2021. Decimotercer Programa General de Trabajo, 2019-2023. Marco de Impacto de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_7-en.pdf, consultado el 26 de marzo del 2021).
4. Manual para la elaboración de directrices, 2.a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, consultado el 26 de marzo del 2021).



ANEXO 1. EXPERTOS EXTERNOS Y PERSONAL DE LA OMS QUE PARTICIPÓ EN LA PREPARACIÓN DE ESTAS DIRECTRICES

GRUPO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES (GDG)

Copresidentes: **Anita Hardon** and **Allen Wu**

| | |
|--|--|
| <p>Kaosar Afsana Directora Escuela de Salud Pública James P. Grant Universidad Brac Dacca (Bangladesh)</p> | <p>Hera Ali Presidenta de Salud Pública Federación Internacional de Estudiantes de Farmacia Brierfield (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)</p> |
| <p>Elham Atalla Especialista en medicina familiar y sexóloga clínica Centro Médico Hicare Busaitin, Al Muharraq (Bahrein)</p> | <p>Martha Brady Directora, Salud Sexual y Reproductiva PATH Washington, DC (Estados Unidos de América)</p> |
| <p>Elizabeth Bukusi Investigadora principal Codirectora, Programa de Capacitación sobre Atención e Investigación Instituto de Investigación Médica de Kenya Nairobi (Kenya)</p> | <p>Laura Ferguson Directora, Programa sobre Salud Mundial y Derechos Humanos Universidad del Sur de California Los Angeles, CA (Estados Unidos de América)</p> |
| <p>Anita Hardon (co-chair) Profesora, Antropología de la Salud, el Cuidado y el Cuerpo Universidad de Ámsterdam Ámsterdam (Países Bajos)</p> | <p>Jonathan Hopkins Jefe de operaciones U-turn Ciudad del Cabo (Sudáfrica)</p> |
| <p>Hussain Jafri Miembro de la Junta Directiva Alianza Mundial de Pacientes Lahore (Pakistán)</p> | <p>Mukesh Kapila Profesor emérito Salud Mundial y Asuntos Humanitarios Universidad de Manchester Manchester (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)</p> |
| <p>Po-Chin Li Presidente Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina Copenhague (Dinamarca)</p> | <p>Carmen Logie Profesora adjunta Facultad de Trabajo Social Factor-Inwentash, Universidad de Toronto Toronto (Canadá)</p> |
| <p>Kevin Moody Director ejecutivo Kevin Moody Consulting Ámsterdam (Países Bajos)</p> | <p>Daniella Munene Directora general Sociedad Farmacéutica de Kenya Nairobi (Kenya)</p> |
| <p>Lisa Noguchi Directora, Salud Materna y Neonatal Jhpiego Baltimore, MA (Estados Unidos de América)</p> | <p>Gina Ogilvie Profesora, Facultad de Medicina Universidad de Columbia Británica Vancouver (Canadá)</p> |
| <p>Ash Pachauri Director Centre for Human Progress Nueva Delhi (India)</p> | <p>Michelle Remme Directora de investigación, Instituto Internacional para la Salud Mundial (UNU-IIGH) Universidad de las Naciones Unidas Kuala Lumpur (Malasia)</p> |

ANEXO 1. (continuación)

| | |
|---|---|
| <p>Jayalakshmi Shreedhar Experta técnica principal, Responsabilidad y Vinculación con los Medios REACH (Resource Group for Education and Advocacy for Community Health) Chennai (India)</p> | <p>Leigh Ann van der Merwe Coordinadora S.H.E. (Social, Health and Empowerment) East London (Sudáfrica)</p> |
| <p>Sheryl van der Poel Consultora independiente Ginebra (Suiza)</p> | <p>Allen Wu (co-chair) Profesor y director Centro para la Investigación en Salud Pública Escuela de Medicina, Universidad de Nanjing Nanjing (China)</p> |

COLABORADORES EXTERNOS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS DEL MÉTODO GRADE (clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones)

Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, MA (Estados Unidos de América): **Caitlin Kennedy, Ping Teresa Yeh**, con la asistencia de Kait Atkins, Shannon King, Jingjia (Cynthia) Li y Dong Keun Rhee

Metodóloga y epidemióloga clínica independiente, Ciudad del Cabo (Sudáfrica): **Nandi Siegfried**

GRUPO DE EXAMEN EXTERNO

| | |
|--|---|
| <p>Faysal Al Kak Centro Médico de la Universidad Estadounidense de Beirut Beirut (Líbano)</p> | <p>Jack Byrne Trans-Action Auckland (Nueva Zelanda)</p> |
| <p>Georgina Caswell Red Mundial de Personas con infección por el VIH Ciudad del Cabo (Sudáfrica)</p> | <p>Tyler Crone Athena Network Seattle, WA (Estados Unidos de América)</p> |
| <p>Eva Deplecker Líder del Grupo de Trabajo Interseccional en Salud Reproductiva y Violencia Sexual Médicos Sin Fronteras Bélgica</p> | <p>Austen El-Osta Unidad de Investigación sobre Autocuidado Imperial College London Londres (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)</p> |
| <p>Joanna Erdman Instituto de Derecho Sanitario Facultad de Derecho Schulich, Universidad Dalhousie Halifax (Canadá)</p> | <p>Mariangela Freitas da Silveira Programa de Posgrado en Epidemiología Universidad Federal de Pelotas Pelotas (Brasil)</p> |
| <p>Patricia Garcia Escuela de Salud Pública, Universidad Cayetano Heredia Ex Ministra de Salud Lima (Perú)</p> | <p>Roopan Gill Cofundadora y directora ejecutiva Fundación Vitala Global Canadá</p> |
| <p>James Hargreaves Centro de Evaluación Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres Londres (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)</p> | <p>Rei Haruyama Centro Nacional de Salud y Medicina Global Tokio (Japón)</p> |

ANEXO 1. (continuación)

| | |
|---|---|
| <p>Denis Kibira Coalición para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social Kampala (Uganda)</p> | <p>Amy Knopf Universidad de Indiana Indianápolis, IN (Estados Unidos de América)</p> |
| <p>Oswaldo Montoya MenEngage Alliance Washington, DC (Estados Unidos de América)</p> | <p>Ulysses Panisset Universidad Federal de Minas Gerais Minas Gerais (Brasil)</p> |
| <p>Michael Tan Facultad de Ciencias Sociales y Filosofía Universidad de Filipinas Diliman Ciudad Quezon, Filipinas</p> | <p>Viroj Tangcharoensathien Ministerio de Salud Pública Distrito Mueang Nonthaburi (Tailandia)</p> |
| <p>Tarek Turk Hospital de la Media Luna Roja Árabe Siria Ministerio de Salud Damasco (República Árabe Siria)</p> | <p>Julián Vadell Martínez Consejo Internacional de Enfermería Investigador y director de proyectos, Proyecto RESPOND, INSERM París (Francia)</p> |
| <p>Sten Vermund Escuela de Salud Pública de Yale Universidad de Yale New Haven, CT (Estados Unidos de América)</p> | <p>Zawora Rita Zizien División de Atención Médica Universal Ministerio de Salud, Burkina Faso Uagadugú, Kadiogo (Burkina Faso)</p> |

REPRESENTANTES DE ORGANISMOS DE LAS NACIONES UNIDAS

| | |
|--|--|
| <p>Universidad de las Naciones Unidas. Instituto Internacional para la Salud Mundial (UNU-IIGH) Pascale Allotey Director Kuala Lumpur (Malasia)</p> | <p>The Defeat-NCD Partnership Loyal Barjoud Especialista técnica (apoyo a los países) Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Ruben Brouwer Asesor en derechos humanos Ginebra (Suiza)</p> | <p>Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida (ONUSIDA) Emily Christie Asesora principal Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida (ONUSIDA) Luisa Cabal Directora, Derechos Humanos y Derecho Ginebra (Suiza)</p> | <p>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Shaffiq Essajee Asesor principal en materia de VIH Nueva York, NY (Estados Unidos de América)</p> |
| <p>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Kenechukwu Esom Especialista en políticas, derechos humanos, derecho y género Nueva York, NY (Estados Unidos de América)</p> | <p>Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer Maribel Almonte Directora de programas Lyon (Francia)</p> |
| <p>Fondo de Población de las Naciones Unidas Petra ten Hoop-Bender Asesora técnica Salud y derechos sexuales y reproductivos Ginebra (Suiza)</p> | <p>Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño Etienne Langlois Jefa de equipo Evidencia y conocimiento Ginebra (Suiza)</p> |

ANEXO 1. (continuación)

| | |
|--|---|
| <p>Banco Mundial</p> <p>Sameera Maziad Al Tuwajri</p> <p>Directora mundial</p> <p>Población y Desarrollo, Práctica Mundial sobre Salud, Nutrición y Población</p> <p>Washington, DC (Estados Unidos de América)</p> | <p>Fondo de Población de las Naciones Unidas</p> <p>Tim Sladden</p> <p>Asesor principal sobre VIH</p> <p>Nueva York, NY (Estados Unidos de América)</p> |
| <p>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)</p> <p>Damilola Walker</p> <p>Asesora principal y jefa del Equipo Mundial sobre Adolescentes y VIH</p> <p>Nueva York, NY (Estados Unidos de América)</p> | <p>Banco Mundial</p> <p>David Wilson</p> <p>Director de programas y director mundial Ciencia para las decisiones y la prestación de servicios (<i>Decision and Delivery Science</i>)</p> <p>Washington, DC (Estados Unidos de América)</p> |

SOCIOS EXTERNOS

| | |
|--|--|
| <p>Harriet Birungi</p> <p>Directora</p> <p>Consejo de Población</p> <p>Nairobi (Kenya)</p> | <p>Jenifer Drake</p> <p>Jefa de equipo, Salud Sexual y Reproductiva</p> <p>PATH</p> <p>Seattle, WA (Estados Unidos de América)</p> |
| <p>Catherine Duggan</p> <p>Directora general</p> <p>Federación Internacional Farmacéutica</p> <p>La Haya (Países Bajos)</p> | <p>Christine Galavotti</p> <p>Directora de programas</p> <p>Evidencia y Aprendizaje</p> <p>Planificación Familiar, Desarrollo Global</p> <p>Fundación Bill y Melinda Gates</p> <p>Seattle, WA (Estados Unidos de América)</p> |
| | <p>Saumya Ramarao</p> <p>Asociada principal</p> <p>Consejo de Población</p> <p>Washington, DC (Estados Unidos de América)</p> |

GRUPO DIRECTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DIRECTRICES DE LA OMS

Miembros del personal de la OMS que contribuyeron a la elaboración de estas directrices como parte del Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS

| | |
|--|--|
| <p>Katthyana Aparicio Reyes</p> <p>Oficial del Programa</p> <p>Departamento de Servicios Integrados de Salud</p> <p>Ginebra (Suiza)</p> | <p>Islene Araujo de Carvalho (finada)</p> <p>Asesora principal en materia de políticas y estrategias</p> <p>Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento</p> <p>Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Rachel Baggaley</p> <p>Coordinadora</p> <p>Departamento de Programas Mundiales sobre el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión Sexual</p> <p>Ginebra (Suiza)</p> | <p>Nathalie Broutet</p> <p>Funcionaria médica</p> <p>Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas</p> <p>Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Maurice Bucagu</p> <p>Funcionario médico</p> <p>Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento</p> <p>Ginebra (Suiza)</p> | <p>Giorgio Cometto</p> <p>Jefe de unidad</p> <p>Departamento de Personal Sanitario</p> <p>Ginebra (Suiza)</p> |

ANEXO 1. (continuación)

| | |
|---|---|
| <p>Siobhan Fitzpatrick Funcionaria técnica Departamento de Personal Sanitario Ginebra (Suiza)</p> | <p>Dina Gbenou Funcionaria técnica, Salud Sexual y Reproductiva Burkina Faso</p> |
| <p>Karima Gholbzouri Funcionaria médica Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental El Cairo (Egipto)</p> | <p>Rodolfo Gomez Ponce de Leon Asesor, Salud Reproductiva Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud Montevideo (Uruguay)</p> |
| <p>Lianne Gonsalves Funcionaria técnica Departamento de Resistencia a los Antimicrobianos Ginebra (Suiza)</p> | <p>Bianca Hemmingsen Funcionaria médica Departamento de Enfermedades No Transmisibles Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Naoko Ishikawa Coordinadora, VIH, Hepatitis e ITS Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental Manila (Filipinas)</p> | <p>Oleg Kuzmenko Director de programas, Salud Sexual y Reproductiva Oficina Regional de la OMS para Europa Copenhague (Dinamarca)</p> |
| <p>Ramez Mahaini (finado) Asesor en salud reproductiva Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental El Cairo (Egipto)</p> | <p>Garrett Mehl Jefe de unidad Departamento de Salud Digital e Innovación Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Manjulaa Narasimhan Científica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Léopold Ouedraogo Asesor en salud reproductiva Oficina Regional de la OMS para África Brazzaville (Congo)</p> |
| <p>Ulrika Rehnström Loi Funcionaria técnica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Bharat Rewari Científico, VIH Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental Nueva Delhi (India)</p> |
| <p>Lisa Rogers Funcionaria técnica Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos Ginebra (Suiza)</p> | <p>Petrus Steyn Científico Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Özge Tunçalp Científica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Tigest Tamrat Funcionaria técnica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Meera Upadhyay Funcionaria técnica (Salud Reproductiva) Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental Nueva Delhi (India)</p> | <p>Cherian Varghese Director en temas transversales Departamento de Enfermedades No Transmisibles Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Adriana Velázquez Berumen Asesora principal Departamento de Políticas y Normas sobre Productos Sanitarios Ginebra (Suiza)</p> | |

ANEXO 1. (continuación)

PERSONAL DE LA OMS (AJENO AL GRUPO DIRECTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DIRECTRICES)

| | |
|---|--|
| <p>Moazzam Ali Científico Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Onyema Ajebor Funcionario técnico Departamento de Personal Sanitario</p> |
| <p>Avni Amin Funcionaria técnica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Ian Askew Director Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Anshu Banerjee Director Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento Ginebra (Suiza)</p> | <p>Nino Berdzuli Director de programas, Salud Sexual y Reproductiva Oficina Regional de la OMS para Europa Copenhague (Dinamarca)</p> |
| <p>James Campbell Director Departamento de Personal Sanitario Ginebra (Suiza)</p> | <p>Diarmid Campbell-Lendrum Coordinador Departamento de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Venkatraman Chandra-Mouli Científico Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Paata Chikvaidze Funcionario médico Oficina del Representante de la OMS, Afganistán Kabul (Afganistán)</p> |
| <p>Shona Dalal Funcionaria técnica (vigilancia) Departamento de Programas Mundiales sobre el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión Sexual Ginebra (Suiza)</p> | <p>Fahdi Dkhimi Funcionaria técnica Departamento de Sistemas de Salud, Gobernanza y Financiamiento Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Tarun Dua Administradora de programas Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Ginebra (Suiza)</p> | <p>Mario Festin Exfuncionario médico Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Siobhan Fitzpatrick Funcionaria técnica Departamento de Personal Sanitario</p> | <p>María Lyn Gaffield Científica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Bela Ganatra Científica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Claudia Garcia Moreno Jefa de unidad Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Geetha Krishnan Gopalakrishna Pillai Funcionario técnico Departamento de Servicios Integrados de Salud Ginebra (Suiza)</p> | <p>Veloshnee Govender Científica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |

ANEXO 1. (continuación)

| | |
|---|--|
| <p>John Grove Director Departamento de Garantía de la Calidad de Normas y Criterios Ginebra (Suiza)</p> | <p>Suzanne Rose Hill Directora Departamento de Medicamentos y Productos Sanitarios Esenciales Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Chandani Anoma Jayathilaka Funcionaria médica, Salud de la Familia, Género y Ciclo de Vida Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental Nueva Delhi (India)</p> | <p>Cheryl Johnson Funcionaria técnica Departamento de Programas Mundiales sobre el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión Sexual Washington, DC (Estados Unidos de América)</p> |
| <p>Rita Kabra Funcionaria médica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Edward Talbott Kelley Exdirector Departamento de Servicios Integrados de Salud Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Rajat Khosla Exasesor en derechos humanos Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>James Kiarie Jefe de unidad Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Hyo Jeong Kim Funcionaria técnica Departamento de Operaciones de Emergencia Ginebra (Suiza)</p> | <p>Loulou Kobeissi Científica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Antonella Lavelanet Funcionaria médica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Arno Müller Funcionario técnico División de Resistencia a los Antimicrobianos, Vigilancia, Prevención y Control Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Carmem Pessoa Da Silva Jefa de unidad División de Resistencia a los Antimicrobianos, Vigilancia, Prevención y Control Ginebra (Suiza)</p> | <p>Michaela Pfeiffer Funcionaria técnica Implementación de la Transformación y Cambio Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Marina Plesons Funcionaria técnica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> | <p>Vladimir Poznyak Coordinador Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Ritu Sadana Jefa de unidad Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento Ginebra (Suiza)</p> | <p>Diah Saminarsih Asesora principal del Director General en materia de género y juventud Ginebra (Suiza)</p> |
| <p>Anita Sands Funcionaria técnica Departamento de Regulación y Precalificación Ginebra (Suiza)</p> | <p>Lale Say Jefa de unidad Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza)</p> |

ANEXO 1. (continuación)

| | |
|---|---|
| Elisa Scolaro Funcionaria técnica Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza) | Olive Sentumbwe-Mugisa Funcionaria profesional de contratación nacional Kampala (Uganda) |
| Agnès Soucat Exdirectora Departamento de Sistemas de Salud, Gobernanza y Financiamiento Ginebra (Suiza) | Anna Thorson Jefa de unidad Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza) |
| Igor Toskin Científico Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra (Suiza) | Reinhilde Van De Weerd Jefa de unidad Departamento de Operaciones de Emergencia Ginebra (Suiza) |
| Isabelle Wachsmuth Funcionaria técnica Departamento de Servicios Integrados de Salud Ginebra (Suiza) | Tana Wuliji Funcionaria técnica Departamento de Personal Sanitario Ginebra (Suiza) |
| Souleymane Zan Funcionario técnico Cotonú (Benin) | Qi Zhang Jefe de unidad Departamento de Servicios Integrados de Salud Ginebra (Suiza) |

PERSONAL DE REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y COMUNICACIONES DE LA OMS

Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas

Briana Lucido (apoyo para la redacción)

Catherine Hamill, Christine Meynent, Lizzy Noble, Sarah Kessler (apoyo para las comunicaciones)

Jane Werunga-Ndanareh (apoyo administrativo)

Michael Tabiszewski (apoyo administrativo)

CONSULTORES DE LA OMS

Michalina Drejza, anteriormente del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas

Carmen Figueroa, Departamento del Programa Mundial contra la Tuberculosis

Megha Rathi, Departamento de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud

ANEXO 2. METODOLOGÍA: PROCESO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Las presentes *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar* se prepararon de conformidad con las normas y métodos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la elaboración de directrices, y se publicaron originalmente como las directrices consolidadas de la OMS sobre intervenciones de autocuidado en materia salud y derechos sexuales y reproductivos (*WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights*) (2019). Pueden encontrarse detalles sobre el método seguido en el Manual para la elaboración de directrices de la OMS (1). El Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS encabezó la elaboración de estas directrices. En este anexo se ofrece una visión general de las normas, métodos y procesos aplicados en los temas que se tratan en ellas.

A2.1 GRUPOS DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

El departamento estableció tres grupos de trabajo para realizar funciones específicas en la elaboración de las directrices (véase la figura A2.1): el Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG, por su sigla en inglés) y el Grupo de Examen Externo. Se seleccionó a los integrantes de los grupos a fin de contar con toda una gama de conocimientos técnicos y experiencia, además de una representación adecuada en términos de origen geográfico y género. En las secciones siguientes se describen los tres grupos; los nombres y las afiliaciones institucionales de los participantes de cada grupo se enumeran en el anexo 1.

FIGURA A2.1: GRUPOS DE TRABAJO DE EXPERTOS PARA LA ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES Y OBSERVADORES



A2.1.1 EL GRUPO DIRECTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DIRECTRICES DE LA OMS

Debido a la naturaleza de las directrices, el Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices incluyó a representantes y expertos del ámbito de la salud sexual y reproductiva — con sus principales campos, de la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH), la salud maternoinfantil, la salud sexual y el aborto—, de las enfermedades no transmisibles (ENT) y de los aspectos pertinentes de los sistemas de salud. Además, la participación de expertos en cuestiones de género y derechos humanos permitió que se reflejaran adecuadamente los principios fundamentales para crear un entorno propicio sólido, en particular para los grupos de población subatendidos. Por

último, la representación de las regiones de la OMS aportó las perspectivas de los expertos, desde el inicio del proceso de elaboración de las directrices normativas, sobre los aspectos prácticos de la aplicación y la adopción de las recomendaciones y las declaraciones sobre buenas prácticas en las distintas regiones.

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS, encabezado por el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas, dirigió el proceso de elaboración de las directrices. Sus miembros plantearon el alcance inicial de las directrices, formularon y redactaron las preguntas prioritarias en el formato PICO (población, intervención, comparación, resultado, por su sigla en inglés) y designaron a las personas que participarían como metodóloga

ANEXO 2. (continuación)

de las directrices y como miembros de los equipos de revisión sistemática, del GDG y del Grupo de Examen Externo. El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices no determinó ni acordó las recomendaciones finales, ya que ello estuvo a cargo del GDG. El Grupo Directivo también finalizó y publicó el documento de las directrices, supervisará su difusión y participará en la elaboración de los instrumentos para su aplicación.

A2.1.2 EL GRUPO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

El Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices seleccionó e invitó a expertos externos (no pertenecientes a la OMS) para formar parte del GDG; los conocimientos y la experiencia de los invitados abarcaban las mismas áreas técnicas de trabajo del propio Grupo Directivo, ya que había investigadores, responsables de las políticas y directores de programas, jóvenes profesionales de la salud, grupos de la sociedad civil, miembros de la comunidad y representantes de grupos de pacientes. Todas las regiones de la OMS estuvieron representadas, con un equilibrio de género.

Las tareas concretas del GDG para las directrices del 2019 y para estas fueron las siguientes:

- aprovechar la labor del Grupo Directivo para finalizar las preguntas clave en el formato PICO;
- elegir y clasificar los resultados prioritarios para orientar los exámenes de la evidencia y enfocar las recomendaciones;
- examinar los perfiles de la evidencia según el método GRADE (Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones) u otras evaluaciones del grado de certeza de la evidencia utilizada para fundamentar las recomendaciones;
- interpretar la evidencia, con la consideración explícita del equilibrio general entre beneficios y daños;
- formular las recomendaciones, las declaraciones sobre buenas prácticas y las consideraciones clave, teniendo en cuenta los beneficios y daños, valores y preferencias, viabilidad, equidad, aceptabilidad, necesidades de recursos y otros factores, según procediera;
- reconocer los problemas metodológicos y las lagunas en la evidencia y ofrecer orientación sobre cómo resolverlos;
- revisar y aprobar las recomendaciones finales antes de su presentación al Comité de Examen de Directrices.

La reunión del GDG se celebró en línea, mediante un programa informático para videoconferencias, del 15 al 29 de enero del 2021.

A2.1.3 EL GRUPO DE EXAMEN EXTERNO

Entre los miembros del Grupo de Examen Externo, a quienes el Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices seleccionó

e invitó a participar, había miembros de comités de revisión de publicaciones arbitradas con una vasta experiencia en los temas tratados en las directrices, como médicos, investigadores, responsables de las políticas y directores de programas, así como representantes de la sociedad civil (incluidos representantes de pacientes, personas transgénero, jóvenes y personas con infección por el VIH) y jóvenes profesionales de la salud. Se pidió a los miembros del Grupo de Examen Externo que examinaran y formularan observaciones sobre una versión de las directrices que se les proporcionó una vez que la habían revisado y corregido el Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices y el GDG. La finalidad de este paso era recibir opiniones técnicas, detectar errores en la información, comentar sobre la claridad del lenguaje y recoger impresiones sobre los aspectos relativos a la aplicación, la adaptación y las cuestiones contextuales. No le correspondía al Grupo de Examen Externo hacer cambios a las recomendaciones formuladas por el GDG.

A2.2 OTROS COLABORADORES: ASOCIADOS EXTERNOS

Se invitó a representantes de varios organismos de las Naciones Unidas a asistir a la reunión del GDG en calidad de observadores, sin que desempeñaran función alguna para determinar las recomendaciones.

Entre los asociados de las Naciones Unidas figuraban los siguientes:

- Defeat-NCD Partnership, una alianza contra las enfermedades no transmisibles integrada en el Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones;
- el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer;
- el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida (ONUSIDA);
- la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos;
- Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (integrada en la OMS);
- el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF);
- el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD);
- el Fondo de Población de las Naciones Unidas; y
- el Banco Mundial.

Entre los asociados externos, que tampoco desempeñaron función alguna en la determinación de las recomendaciones en su calidad de observadores, estuvieron los siguientes:

- la Federación Internacional de Farmacéuticos (FIP)
- PATH;
- el Consejo de Población (Population Council); y
- The White Ribbon Alliance.

ANEXO 2. (continuación)

A2.3 DECLARACIONES DE INTERESES DE LOS COLABORADORES EXTERNOS

Se pidió a todos los miembros propuestos para el GDG y el Grupo de Examen Externo que presentaran un currículum vitae de una página y un formulario de la OMS de declaración de intereses firmado. Dos miembros del Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices examinaron por separado los formularios de declaración de intereses. Los examinadores tomaron en cuenta todos los posibles conflictos de intereses, de conformidad con la orientación más reciente emitida por el Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS, en particular los posibles conflictos financieros o los conflictos personales de naturaleza no financiera (por ejemplo, las contribuciones académicas), así como las relaciones con instituciones que producen insumos para las intervenciones de autocuidado.

A continuación, se publicó en el sitio web de la OMS la información biográfica de todos aquellos miembros del GDG que se consideró que no tenían conflictos de intereses importantes (es decir, conflictos que les impidieran participar en el grupo) para recibir comentarios públicos del 1 al 16 de noviembre del 2020. Una vez que se concluyó este proceso se confirmó a los miembros del GDG.

Tras la confirmación de su idoneidad para participar, se instruyó a todos los expertos del GDG y del Grupo de Examen Externo para que notificaran al funcionario técnico responsable sobre cualquier cambio importante en sus intereses durante el proceso de elaboración de las directrices, inmediatamente antes de la reunión de los miembros del GDG y otra vez antes de emitir sus comentarios sobre un proyecto de las directrices. No hubo ningún caso de conflicto de intereses que justificara una intervención o evaluación por parte de la Oficina de Cumplimiento, Gestión de Riesgos y Ética de la OMS (ERCO).

Ningún miembro tenía conflictos de intereses financieros, y los copresidentes del GDG no manifestaron ningún conflicto de intereses en absoluto. En el anexo 5 se presenta una síntesis de las declaraciones de intereses e información sobre cómo se gestionaron los conflictos de intereses.

Los copresidentes del GDG tenían responsabilidades iguales pero conocimientos y perspectivas complementarias; procedían de dos regiones diferentes de la OMS; representaban un equilibrio de género; y poseían conocimientos especializados en ámbitos pertinentes para estas directrices. Ambos tenían experiencia también en procesos basados en el consenso. Al comienzo de

la reunión, se presentó al GDG la nominación de los copresidentes, la cual fue aceptada.

A2.4 DEFINICIÓN DEL ALCANCE Y LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES, LAS DECLARACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS Y LAS CONSIDERACIONES CLAVE

En primer término, el GDG localizó todas las orientaciones de la OMS relativas al autocuidado, para trabajar dentro del alcance general de las directrices tal como se presenta en la sección 1.5 del capítulo 1, al tiempo que se tenía en cuenta a los usuarios previstos de las intervenciones de autocuidado y la intención de abordar tanto el tema de un entorno propicio como las intervenciones de salud específicas y pertinentes. A continuación, el Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices examinó estos y otros materiales para detectar lagunas, superposiciones e incoherencias y determinar la pertinencia de las recomendaciones en vigor a fin de incorporarlas en las presentes directrices. El grupo reconoció ciertas áreas temáticas en las que era necesario formular nuevas recomendaciones y consideraciones clave en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos. Además, destacó las áreas prioritarias para consideraciones sobre la aplicación, tales como las declaraciones sobre buenas prácticas en materia de género y derechos humanos; la capacitación de los trabajadores de salud; la utilización de intervenciones de salud digital para apoyar el uso de intervenciones de autocuidado; y las intervenciones de autocuidado prioritarias en respuesta a las crisis humanitarias y las pandemias.

A2.5 EXAMEN DE LA EVIDENCIA Y FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

A2.5.1 DEFINICIÓN Y EXAMEN DE LAS PREGUNTAS PRIORITARIAS

La elaboración de las nuevas recomendaciones sobre intervenciones de salud (véanse el cuadro 1 en el resumen ejecutivo y el capítulo 3) comenzó con la formulación de las preguntas PICO y, posteriormente, la realización de revisiones sistemáticas y a fondo de la evidencia. Las siguientes fueron las ocho preguntas PICO para las nuevas recomendaciones.

1. ¿Las personas que están planeando embarazarse deben autoadministrarse suplementos de ácido fólico,

ANEXO 2. (continuación)

- o se les debe ofrecer solo la administración de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicios?
(Recomendación 10a)
2. ¿Las personas embarazadas deben autoadministrarse suplementos de hierro y ácido fólico según la orientación internacional (actualmente, una dosis diaria de 30-60 mg de hierro elemental y 400 µg [0,4 mg] de ácido fólico, o bien una dosis intermitente [por ejemplo, semanal] de 120 mg de hierro elemental y 2,8 mg de ácido fólico), o se les debe ofrecer solo la administración de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicios?
(Recomendación 10b)
 3. ¿Las personas que dieron a luz deben autoadministrarse suplementos de hierro (con o sin ácido fólico) durante al menos tres meses después del parto según la guía internacional (actualmente, una dosis diaria de 30-60 mg de hierro elemental y 400 µg [0,4 mg] de ácido fólico, o bien una dosis intermitente [por ejemplo, semanal] de 120 mg de hierro elemental y 2,8 mg de ácido fólico), o se les debe ofrecer solo la administración de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicios?
(Recomendación 10c)
 4. ¿Debería estar disponible la autovigilancia de la presión arterial para las personas con trastornos hipertensivos del embarazo, además de la vigilancia en los consultorios?
(Recomendación 11)
 5. ¿Debería estar disponible la autovigilancia de la glucemia para las personas con diabetes gestacional, además de la vigilancia en los consultorios?
(Recomendación 12)
 6. ¿Deberían estar disponibles los anticonceptivos de urgencia sin receta médica?
(Recomendación 15)
 7. ¿Deberían estar disponibles las pruebas de embarazo autoadministradas como una opción adicional a las pruebas en los consultorios?
(Recomendación 20)
 8. ¿El uso de lubricantes antes o durante las relaciones sexuales mejora la salud y el bienestar sexuales?
(Recomendación 32)

En el Anexo 6 se presentan los detalles completos de la población, la intervención, la comparación y los resultados para cada una de las preguntas PICO.

A2.5.2 EVALUACIÓN DEL GRADO DE CERTEZA DE LA EVIDENCIA PARA LAS RECOMENDACIONES

De conformidad con el proceso de elaboración de directrices de la OMS, al formular las recomendaciones, las deliberaciones de los miembros del GDG se basaron en el grado de certeza de la evidencia disponible. La OMS ha adoptado el método GRADE para formular recomendaciones (1). En este método se especifican cuatro niveles de certeza de la evidencia, que se interpretan como se detalla en el cuadro A2.1.

CUADRO A2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS CUATRO NIVELES DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA

| Calidad de la evidencia | Fundamento |
|-------------------------|--|
| Alta | Tenemos mucha confianza en que el efecto real se acerca al efecto estimado. |
| Moderada | Tenemos confianza moderada en la estimación del efecto; es probable que el efecto real se acerque al efecto estimado, pero es posible que sea sustancialmente diferente. |
| Baja | Nuestra confianza en el efecto estimado es limitada; el efecto real puede ser sustancialmente diferente del efecto estimado. |
| Muy baja | Tenemos muy poca confianza en el efecto estimado; es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente del efecto estimado. |

Basado en el método GRADE (Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones) (2).

Fuente: OMS (1); Balslem y cols. (2).

ANEXO 2. (continuación)

Se utilizó el método GRADE para evaluar la certeza de la evidencia cuantitativa para todos los resultados relativos a cada una de las preguntas PICO que se consideraron críticos (véase el anexo 6). Los resultados críticos son aquellos resultados que se consideran más importantes para las personas a quienes probablemente afecten las directrices de manera directa. Los miembros del GDG determinaron la calificación de los resultados *a priori* por medio de una encuesta en línea, en la que clasificaron los resultados de 1 (irrelevante) a 9 (crítico); los resultados clasificados del 7 al 9 se consideraron críticos y se incluyeron en los cuadros del método GRADE para orientar la toma de decisiones. Una vez concluida cada revisión sistemática, se preparó un cuadro para ilustrar el paso de la evidencia a la decisión según el método GRADE para cada pregunta PICO. En estos cuadros se reflejan los fallos emitidos por el GDG con respecto a varios factores, además de los beneficios y daños y la certeza sobre los mismos, e incluyen los valores y preferencias de los usuarios finales; el uso de recursos, incluidos los costos y la costoeficacia; las posibles repercusiones en los derechos humanos y la equidad; y la aceptabilidad y viabilidad. Los cuadros del método GRADE y los cuadros “de la evidencia a la decisión” se presentan en el anexo en línea, que puede consultarse en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342654>.

A2.5.3 DETERMINACIÓN DE LA FIRMEZA DE UNA RECOMENDACIÓN

Una recomendación a favor de una intervención indica que debe ejecutarse; una recomendación en contra de una intervención indica que no debe ejecutarse. La firmeza de las recomendaciones, que se describen como “firmes” o “condicionales”, refleja el grado de confianza que tiene el GDG en que los efectos deseables de la recomendación superan los efectos indeseables o, cuando hay una recomendación en contra de una intervención, que los efectos indeseables superan los efectos deseables.

Entre los efectos deseables (es decir, los beneficios) están los resultados favorables para la salud de las personas (por ejemplo, una reducción de la morbilidad y la mortalidad); la reducción de la carga o de los costos para el individuo, la familia, la comunidad, el programa o el sistema de salud; la facilidad de ejecución (viabilidad); y una mejora de la equidad. Entre los efectos indeseables (es decir, los daños) están los resultados adversos para la salud de las personas (por ejemplo, un aumento de la morbilidad y la mortalidad) y un

aumento de la carga o los costos para el individuo, la familia, la comunidad, el programa o el sistema de salud. La carga y los costos pueden ser, por ejemplo, las consecuencias de aplicar las recomendaciones en términos de costos y uso de recursos (que los usuarios finales, los trabajadores de salud o los programas tendrían que afrontar), así como las posibles implicaciones jurídicas en los lugares donde ciertas prácticas se tipifican como delito.

Una recomendación firme (a favor o en contra de una intervención) significa que el GDG confía en que los efectos deseables de atenerse a la recomendación son superiores a los efectos indeseables. Cuanto mayor sea el grado de certeza de la evidencia científica con que se cuenta, es más probable que se pueda emitir una recomendación firme. Una recomendación condicional significa que el grado de certeza de la evidencia científica en la que se basa puede ser bajo, o bien que la recomendación solo se aplica a determinados grupos o entornos. En otros casos, se puede emitir una recomendación condicional cuando los miembros del GDG concluyen que los efectos deseables de atenerse a la recomendación probablemente superen los efectos indeseables o estén casi en equilibrio, pero no están seguros de que sea así en todas las situaciones.

Una intervención que ha recibido una recomendación condicional (es decir, que se recomienda para determinados entornos o solo en el contexto de una investigación rigurosa) se debe ejecutar únicamente en el entorno respectivo y se debe vigilar estrechamente y evaluar de manera rigurosa. Serán necesarias más investigaciones para aclarar las incertidumbres, lo cual puede arrojar nueva información que permita cambiar el grado de certeza de la evidencia en una evaluación general futura.

Los valores y preferencias de los usuarios finales (presentes o posibles) en relación con la intervención, así como la aceptabilidad de su ejecución para los trabajadores de salud, contribuyen a determinar la firmeza de una recomendación, junto con la evaluación de los aspectos pertinentes de uso de recursos, viabilidad y equidad (véase el cuadro A2.2). Al elaborar estas directrices, se prestó especial atención a la necesidad de un entorno propicio para la ejecución de las intervenciones (véase el capítulo 2, sección 2.5), y se pidió al GDG que tuviera presentes las implicaciones de cada recomendación en materia de derechos humanos, igualdad de género y equidad, tanto positivas como negativas

ANEXO 2. (continuación)

CUADRO A2.2. DOMINIOS DEL MÉTODO GRADE QUE SE TUVIERON EN CUENTA AL EVALUAR LA FIRMEZA DE LAS RECOMENDACIONES

| Dominio | Fundamento |
|---|---|
| Beneficios y daños | Cuando se formula una nueva recomendación, se deben ponderar los efectos deseables (beneficios) contra los efectos indeseables (riesgos), teniendo en cuenta toda recomendación previa u otra opción. Cuanto mayor sea la diferencia o el gradiente a favor de los beneficios respecto a los riesgos, más probable será que se emita una recomendación firme. |
| Valores y preferencias | Si es de esperarse que la recomendación se acepte ampliamente o se valore de modo muy positivo, es probable que se emita una recomendación firme. Si hay una gran variabilidad, o razones fundadas por las que es remoto que se acepten las medidas recomendadas, es más probable que se emita una recomendación condicional. |
| Consecuencias económicas y financieras (uso de recursos) | Es más probable que una recomendación firme esté respaldada por unos costos más bajos (monetarios o en materia de infraestructura, equipos o recursos humanos) o en una mayor costoeficacia. |
| Viabilidad | Cuanto mayor sea la viabilidad de una opción desde el punto de vista de todas o la mayoría de las partes interesadas, será más probable una recomendación firme. |
| Equidad y derechos humanos | Si una intervención reduce las desigualdades, mejora la equidad o contribuye al pleno ejercicio de los derechos humanos, será más probable una recomendación firme. |
| Aceptabilidad | Si una recomendación cuenta con un amplio apoyo de los trabajadores de salud y los directores de programas y hay una aceptación generalizada de su aplicación dentro del servicio de salud, será más probable una recomendación firme |

Fuente: Schünemann y cols (3).

A2.5.4 TOMA DE DECISIONES POR EL GRUPO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES DURANTE LA ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Los miembros del GDG se guiaron por el claro proceso expuesto en el Manual para la elaboración de directrices de la OMS (1). En condiciones ideales, todas las decisiones se tomaron por consenso. Sin embargo, al principio de la reunión se acordó que las decisiones que tuviesen que ser votadas se aprobarían con una mayoría del 60%.

El GDG examinó la evidencia contenida en las revisiones sistemáticas y en los cuadros “de la evidencia a la decisión” del método GRADE y debatió los temas en cuestión, con la supervisión de la metodóloga de las directrices. La reunión se organizó de tal modo que los participantes pudieran considerar y opinar sobre cada uno de los dominios de GRADE (véase el cuadro A2.2) y formular recomendaciones mediante un proceso de debate en grupo, participación y revisión. En el entorno virtual, se prestó particular atención a que todos los integrantes del grupo respondieran mediante votaciones periódicas y utilizaran la función de chat para dar a conocer sus primeras opiniones en relación con el sentido

de cada recomendación (es decir, a favor o en contra) y su firmeza (firme o condicional) tal como estaba redactada. La metodóloga en ocasiones pidió a los participantes que levantaran la mano para manifestar su acuerdo con las diferentes opiniones; no se trataba de una votación formal, sino de un apoyo para la toma de decisiones que permitiera a la metodóloga y a los copresidentes evaluar la distribución de las opiniones y, más adelante, buscar el consenso mediante un debate más a fondo. La redacción final de cada recomendación, que incluía una indicación de su sentido y firmeza, se confirmó por consenso entre todos los integrantes del grupo, y se le pidió a cada uno de ellos que expresara su decisión verbalmente. En el Anexo 8 se mencionan los fallos emitidos por el GDG en relación con cada recomendación

A2.6 COMPILACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS DIRECTRICES

Después de la reunión del GDG, los miembros del Grupo Directivo para la Elaboración de Directrices de la OMS prepararon un proyecto del documento completo para reflejar con precisión las deliberaciones y decisiones de los miembros del GDG.

ANEXO 2. (continuación)

A continuación, el proyecto de las directrices se envió por medios electrónicos a los miembros del GDG para que pudieran formular observaciones, y sus comentarios se integraron en el documento antes de enviarlo, también por medios electrónicos, a los miembros del Grupo de Examen Externo para recibir sus aportaciones. En seguida, el Grupo Directivo evaluó cuidadosamente las aportaciones de los miembros del Grupo de Examen Externo para incorporarlas en el documento de directrices, y la versión revisada se volvió a mandar electrónicamente a los miembros del GDG para obtener información. Las modificaciones posteriores que el Grupo Directivo hizo a las directrices se limitaron a corregir errores de información y a mejorar la redacción en los puntos que necesitaban mayor claridad. La versión revisada se presentó al Grupo Directivo para su aprobación. Se hicieron las correcciones mínimas solicitadas antes de la edición final y la publicación.

En el anexo 6 se presenta una lista de todas las revisiones y exámenes realizados para la elaboración de las directrices, empezando por las revisiones sistemáticas sobre las preguntas PICO. Para obtener información sobre los métodos utilizados, incluidas las estrategias de búsqueda, sírvase consultar los protocolos sobre las revisiones sistemáticas publicados en el registro PROSPERO (los detalles sobre PROSPERO se indican en cada sección respectiva del capítulo 3).

Entre estas revisiones y exámenes se hicieron revisiones cualitativas y de costos sobre cada tema, incluidos los valores y preferencias de los usuarios finales (presentes o posibles) y de los trabajadores de salud en relación con las intervenciones de autocuidado abordadas por cada una de las preguntas PICO. Véase también el capítulo 1, sección 1.7, sobre la Encuesta Mundial de Valores y Preferencias (GVPS, por su sigla en inglés) relativa a las intervenciones de autocuidado en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos.

REFERENCIAS PARA EL ANEXO 2

1. Manual para la elaboración de directrices, 2.a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>, consultado el 21 de abril del 2021).
2. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64:401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
3. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A (editors). GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group; 2013 (<https://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>, consultado el 22 de marzo del 2021).

La evidencia derivada de las nueve revisiones sistemáticas en apoyo de las seis recomendaciones nuevas y las tres consideraciones clave (véase el anexo 7) se resume en los cuadros de GRADE, que sintetizan la información sobre la eficacia que sirvió como fundamento para las recomendaciones nuevas de estas directrices. Los cuadros del método GRADE se presentan por separado en el anexo en línea, que puede consultarse en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342654>.

Se formularon consideraciones clave respecto a aquellas preguntas PICO sobre las cuales el GDG consideró que no había pruebas suficientes para hacer una recomendación. Sobre estos temas, el GDG formuló en cambio observaciones críticas que deberán abordarse antes de decidir en el futuro si se emiten recomendaciones o no con respecto a estas preguntas PICO.

Las cuatro preguntas PICO que dieron lugar a consideraciones clave fueron las siguientes:

1. ¿Debería estar disponible la autoadministración de pruebas de proteinuria durante el embarazo, además de la vigilancia en el consultorio?
2. ¿Debería poder iniciarse la profilaxis anterior a la exposición (PrEP) después del tamizaje por parte de un farmacéutico, sin receta médica?
3. ¿Debería poder continuarse la PrEP por un farmacéutico, sin receta médica?
4. ¿Debería estar disponible la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género, además de su administración por los trabajadores de salud?

Los debates en relación con las preguntas PICO 2 y 3, sobre iniciar y continuar la PrEP, se agruparon en un conjunto de consideraciones clave.

ANEXO 3. REVISIÓN EXPLORATORIA: DEFINICIONES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LA OMS

A3.1 MÉTODOS

El Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo una revisión exploratoria de las definiciones de autocuidado contenidas en las herramientas y documentos de orientación de la propia Organización. Una búsqueda inicial de “autocuidado” (*self-care*) en la base de datos del Repositorio Institucional de la OMS para Intercambio de Información (IRIS) arrojó 1700 documentos. Después de reducir la búsqueda a las menciones específicas del autocuidado, quedaron 922 documentos de la OMS. Estos se cargaron en el programa Excel de Microsoft y se clasificaron por año y tema. Una vez que se eliminaron los documentos que no proporcionaban ni una definición clara ni una narrativa explicativa del autocuidado, quedaron 106. Tres revisores, que incluían a miembros de los equipos de revisión sistemática de estas directrices, los leyeron por separado. Los revisores utilizaron una codificación cualitativa para reconocer individualmente las principales líneas temáticas en las definiciones y seleccionar cada uno sus cinco definiciones preferidas. Luego comentaron sus observaciones para llegar a un consenso sobre una definición práctica para estas directrices.

A3.2 RESULTADOS

A3.2.1 DEFINICIÓN PRÁCTICA

Nuestra definición práctica para estas directrices proviene de un grupo de trabajo regional de la OMS del 2009 en Asia sudoriental, cuya definición de autocuidado en el contexto de la atención primaria de salud se ha citado posteriormente muchas veces en otros documentos de la OMS: “El autocuidado es la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir las enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud” (1).

El autocuidado (también llamado en ocasiones “autoasistencia”) es un concepto amplio que engloba la higiene (general y personal), la nutrición (tipo y calidad de los alimentos que se consumen), el modo de vida (actividades deportivas, ocio, etc.), los factores ambientales (condiciones de vivienda, hábitos sociales, etc.), los factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales, etc.) y la automedicación (2).

Otras definiciones comunes del autocuidado en los documentos de la OMS son las siguientes:

- Atención no profesional, “actividades de salud no organizadas y toma de decisiones relacionadas con la salud por parte de individuos, familias, vecinos, amigos, compañeros de trabajo” (3).
- La “utilización de recursos distintos a los profesionales de la salud, es decir, el propio individuo, los miembros

de la familia, los vecinos y otros legos, para cualquier actividad relacionada con la salud, ya sea de promoción, prevención, curación o rehabilitación” (4).

- “El autocuidado (...) es el principal recurso de salud en el sistema de salud. Comprende las actividades informales de salud y la toma de decisiones relacionadas con la salud por parte de individuos, familias [o] vecinos, que abarcan la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social durante la enfermedad, los primeros auxilios, etc. Otro término, ‘cuidado por legos’, describe toda la atención de salud que se prestan los legos entre, sí tanto en entornos naturales como organizados” (5).

A3.2.2 ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LAS DEFINICIONES DE AUTOCUIDADO

Relación con el sistema de salud

Una de las principales características de las definiciones de autocuidado en los documentos de la OMS fue la relación entre el autocuidado y el sistema de salud. En algunos se definía el autocuidado como independiente del sistema de salud u opuesto a él. En otros, se definía el autocuidado como una colaboración con el sistema de salud o una parte de él. Algunas definiciones consideraban que el autocuidado forma parte de la atención primaria de salud, por ejemplo; que constituye el primer nivel de atención, un componente básico o un ámbito del sistema de salud; o bien que es parte de un proceso continuo de atención de la salud. En algunas definiciones se describía el autocuidado como un apoyo para el sistema de salud, o viceversa. Muchas definiciones hacían hincapié en que el autocuidado no era un sustituto del sistema de salud sino más bien un complemento de este, y señalaban la cogeneración de la atención. El autocuidado también se describió como un algo esencial del sistema de salud y simultáneo con este, es decir, un fenómeno concurrente.

Quién y dónde

La mayoría de las definiciones de autocuidado mencionaban agentes específicos para el autocuidado, y por lo general se referían a personas que no eran profesionales de la salud. Algunas definiciones se centraron en el individuo o la persona (el “yo”), pero otras incluían a los miembros de la familia y a las estructuras organizativas o comunitarias más amplias. El autocuidado generalmente se ubicaba en el hogar, es decir, el cuidado que se podía prestar en el hogar o en un proceso casero. Ciertas definiciones colocaban el autocuidado en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. Las definiciones del autocuidado también describían el papel del sistema de salud de diversas maneras. En algunos casos, el sistema de salud debía proporcionar instrucción (por ejemplo, información, tecnología, técnicas) para que las personas pudieran llevar a cabo el autocuidado. En otros se destacaba en la necesidad de

ANEXO 3. (continuación)

vincularse o apoyarse en el sistema de salud, especialmente cuando se describía el autocuidado como parte de un continuo.

Alcance

En general, las definiciones de autocuidado podían clasificarse mediante dos dicotomías. En primer lugar, el autocuidado podría definirse en términos de hábitos o actividades de la vida diaria o modo de vida, o en términos de la atención o gestión de los padecimientos, medicamentos o episodios de enfermedad. Algunas definiciones relacionaban el autocuidado con el afrontamiento de las situaciones, el apoyo social o los aspectos emocionales de la atención de la salud. En segundo lugar, el autocuidado podría definirse en términos de la capacidad de hacer algo (es decir, empoderamiento o toma de decisiones) o en términos de las actividades como tales (es decir, acciones). En todos los casos, el autocuidado conllevaba un elemento de participación activa. El autocuidado significaba que las personas vigilaban y respondían activamente a un entorno cambiante. En un documento de la OMS se definía el autocuidado como “un proceso activo, receptivo y flexible de autoatención” (6). Las personas que participaban en el autocuidado eran capaces y estaban dispuestas, informadas y listas para hacer algo por su propia salud..

Principios básicos

Los principios fundamentales para el autocuidado incluyen aspectos del individuo (por ejemplo, autosuficiencia,

empoderamiento, autonomía, responsabilidad personal, autoeficacia) y de la comunidad en general (por ejemplo, participación, colaboración y empoderamiento comunitarios).

A3.3 CONCLUSIÓN

La definición práctica del autocuidado para estas directrices evolutivas, mencionada anteriormente, es la siguiente:

La capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir las enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud.

El alcance del autocuidado en esta definición incluye la promoción de la salud; la prevención y el control de enfermedades; la automedicación; la atención a personas dependientes; la búsqueda de atención de salud primaria, especializada u hospitalaria cuando sea necesario; y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos (7). Inherente al concepto es el reconocimiento de que, cualesquiera que sean los factores y procesos que puedan determinar el comportamiento, y que el autocuidado sea eficaz o no e interactúe adecuadamente con la atención profesional, es la persona en lo individual la que actúa (o deja de actuar) para preservar la salud o responder a los síntomas.

REFERENCIAS PARA EL ANEXO 3

1. Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation, Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352>, consultado el 24 de mayo del 2021).
2. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/65860>, consultado el 24 de mayo del 2021).
3. Hatch S, Kickbusch I, editores; Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Self-help and health in Europe: new approaches in health care. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 1983.
4. Decimotercera sesión plenaria, 16 de mayo de 1984. En: 37a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 7 -17 de Mayo de 1984: actas taquigráficas de las sesiones plenarias, informes de las comisiones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1984:264 –271 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/199579>, consultado el 24 de mayo del 2021).
5. Economic support for national health for all strategies: background document. Ginebra: 40.ª Asamblea Mundial de la Salud; 1987 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164144/WHA40_TD-2_eng.pdf, consultado el 24 de mayo del 2021).
6. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>, consultado el 24 de mayo del 2021).
7. Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2013 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf>, consultado el 24 de mayo del 2021).

ANEXO 4. GLOSARIO

| | |
|--|---|
| Accesibilidad | En virtud del derecho internacional en materia de derechos humanos, los países deben velar por que todos los establecimientos, productos básicos y servicios de atención de la salud sean accesibles. Esto comprende la accesibilidad física y económica y el acceso a la información. Los organismos de derechos humanos han pedido a los países que eliminen los obstáculos que las personas enfrentan para acceder a los servicios de salud, como los altos precios de los servicios, el requisito de autorización de un cónyuge, padre o tutor o de las autoridades hospitalarias, la distancia a los establecimientos de atención de salud y la falta de un transporte público conveniente y asequible (1). |
| Aceptabilidad | Toda prestación de instalaciones, productos y servicios de atención de la salud debe ser aceptable para las personas que son los beneficiarios previstos. La prestación debe ser respetuosa de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades; sensible al género y a las necesidades del curso de vida; y estar diseñada para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud. Los países deberían poner la perspectiva de género en el centro de todas las políticas, programas y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, y deberían hacer participar a las personas en la planificación, aplicación y supervisión de dichas políticas, programas y servicios (1). |
| Adolescente | A los efectos de estas directrices, se define como adolescentes a las personas entre los 10 y 19 años. Los adolescentes no son un grupo homogéneo. La maduración física y emocional se logra con la edad, pero su evolución varía entre las personas de la misma edad. Además, diferentes factores sociales y culturales pueden influir en su salud, su capacidad para tomar decisiones personales importantes y sus posibilidades de acceder a los servicios (1). |
| Adulto | Persona de 18 años en adelante (3). |
| Apoyo psicosocial | El término “psicosocial” se refiere a la estrecha relación entre el individuo y los aspectos colectivos de cualquier entidad social. El apoyo psicosocial puede adaptarse en situaciones particulares para responder a las necesidades psicológicas y físicas de las personas afectadas, al ayudarlas a aceptar la situación y afrontarla (24). |
| Autoadministración de pruebas para la detección del VIH | Proceso por el que una persona recoge su propia muestra (de líquido bucal o sangre) y a continuación realiza una prueba e interpreta el resultado, a menudo en un entorno privado, ya sea sola o con alguien en quien confía (6). |
| Autocuidado | La definición actual de la OMS del autocuidado es “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud” (25). El alcance del autocuidado en esta definición incluye la promoción de la salud; la prevención y el control de enfermedades; la automedicación; la atención a personas dependientes; la búsqueda de atención de salud primaria, especializada u hospitalaria cuando sea necesario; y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos (26). El autocuidado (también llamado en ocasiones “autoasistencia”) es un concepto amplio que engloba la higiene (general y personal), la nutrición (elecciones respecto al tipo y calidad de los alimentos que se consumen), el modo de vida (elecciones respecto a las actividades deportivas, el ocio, etc.), los factores ambientales (condiciones de vivienda, hábitos sociales, etc.), los factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales, etc.) y la automedicación (27). |
| Autoadministración | Proceso por el cual las personas se administran sustancias farmacológicas o intervenciones biomédicas a sí mismas. |
| Autogestión | Gestión de uno mismo o por uno mismo; asumir la responsabilidad del comportamiento, la salud y el bienestar propios (28). |
| Automedicación | La automedicación es la selección y el uso de medicamentos (incluidos los productos herbarios y tradicionales) por las personas para tratar enfermedades o síntomas que ellas mismas reconocen. La automedicación es un elemento del autocuidado (29). |

ANEXO 4. (continuación)

| | |
|---|---|
| Automuestreo del VPH | Proceso por el cual una persona que quiere saber si está infectada por el VPH utiliza un kit para recolectar su propia muestra vaginal o cervicovaginal, la cual se envía después para análisis por un laboratorio. Los métodos de recolección son lavado, cepillado, toma con hisopo y parche vaginal. Si bien el automuestreo del VPH no puede establecer un diagnóstico de lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino, sí permite reconocer a las personas que tienen un mayor riesgo (14). |
| Autonomía | La autonomía se refiere a los derechos de las personas a la libre determinación en materia de salud sexual. Los derechos en la materia deben ser reconocidos por el Estado y respetados por todos, desde las parejas y los familiares hasta las instituciones internacionales (4). |
| Autovigilancia | La autovigilancia es un aspecto fundamental de la autogestión , e incluye el seguimiento de los parámetros clínicos, las mediciones de los signos o síntomas y las actividades diarias (30). |
| Calidad | La calidad es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados en materia de salud y se ajustan a los conocimientos profesionales actuales, así como la totalidad de las características de una entidad que determinan su capacidad para satisfacer las necesidades declaradas e implícitas. Para hacer efectivos los derechos humanos, es necesario que los establecimientos, los productos y los servicios de atención de la salud sean de buena calidad y apropiados científica y médicamente. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, equipo hospitalario y medicamentos aprobados científicamente y no caducos, agua potable y un saneamiento adecuado (1). |
| Cibersalud | Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en apoyo de la salud y los ámbitos relacionados con la salud, incluidos los servicios de atención de la salud; la vigilancia de la salud; la bibliografía biomédica; y la educación, los conocimientos y la investigación en materia de salud. La salud mediante telefonía móvil es un componente de la cibersalud o eSalud (7). |
| Conciencia de la fecundidad | Comprensión de la reproducción, la fertilidad, la posibilidad de lograr un embarazo y los factores de riesgo. Estos pueden ser individuales (por ejemplo, edad avanzada, aspectos relacionados con la salud sexual, como las infecciones de transmisión sexual, y aspectos del modo de vida, como el tabaquismo y la obesidad) y no individuales (por ejemplo, factores ambientales y laborales). También abarca la conciencia de los factores sociales y culturales que influyen en las opciones para la planificación familiar (11). |
| Confirmar | Emitir un informe sobre el resultado de una prueba o análisis para una infección de transmisión sexual (por ejemplo, VIH, virus del papiloma humano), un embarazo u otra afección. Si las pruebas inicialmente son reactivas, incluidas las pruebas autorrealizadas, los resultados deben confirmarse por un trabajador de salud o de conformidad con los algoritmos de prueba validados a nivel nacional (6). |
| Cuadro “de la evidencia a la decisión” | Marco para ayudar a las personas a emitir y utilizar recomendaciones y decisiones basadas en la evidencia. Su principal finalidad es la de apoyar a los responsables de la toma de decisiones para que utilicen la evidencia de una manera sistemática y transparente. Cuando se emplean en un contexto de elaboración de directrices por la OMS, los cuadros “de la evidencia a la decisión” les permiten a los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices conocer los pros y los contras comparativos de las intervenciones que se están sujetas a examen, asegurarse de analizar todos los criterios importantes para tomar una decisión, contar con un resumen conciso de la mejor evidencia disponible sobre cada criterio para fundamentar sus fallos y estructurar y documentar sus debates, así como definir las razones para el desacuerdo, de manera que el proceso y la base de sus decisiones sean transparentes (9). |
| Daño (daño social) | Cualquier causa, intencional o no intencional, de lesiones o perjuicios físicos, económicos, emocionales o psicosociales infligidos por una persona a otra, por una persona a sí misma o por una institución a una persona (6). |

ANEXO 4. (continuación)

| | |
|---|---|
| Derechos humanos | Los derechos humanos son garantías jurídicas que se aplican por igual a todas las personas en todo el mundo y están consagradas en documentos internacionales en materia de derechos humanos. Los derechos humanos protegen contra las acciones que interfieren con las libertades fundamentales y la dignidad humana, y apoyan la capacidad de actuación de las personas y los grupos de población. La promoción de los derechos humanos requiere que los gobiernos y otros actores adopten medidas de manera activa para establecer instituciones y procedimientos que permitan a las personas el pleno goce de estos derechos (15–17). |
| Disponibilidad | Cada estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas, en condiciones operativas. Las características de los establecimientos, bienes y servicios dependerán de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del estado. Sin embargo, los países deben abordar los determinantes subyacentes de la salud, como el suministro de agua potable, las instalaciones de saneamiento adecuadas, la educación en materia de salud o los hospitales, consultorios y otros edificios relacionados con la salud, y garantizar que el personal médico y profesional capacitado reciba salarios competitivos a nivel nacional. Como parte de esta obligación fundamental, los países deben velar por que los productos contenidos en los formularios nacionales se basen en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, que orienta la adquisición y el suministro de medicamentos en el sector público (1). |
| Distribución de tareas | Reasignación razonable de las tareas y ampliación del alcance del trabajo entre los diferentes miembros del personal de salud, incluidos los legos capacitados (6). |
| Educación integral en sexualidad | La educación integral en sexualidad es un proceso de enseñanza y aprendizaje, basado en planes de estudios, sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a los niños y jóvenes de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad, establecer relaciones sociales y sexuales respetuosas, considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás y comprender y garantizar la protección de sus derechos a lo largo de la vida (5). |
| Embarazo | Estado de la reproducción que comienza con la implantación de un embrión en el útero y termina con la expulsión o la extracción completa de todos los productos de la implantación (11). |
| Enfoque centrado en la persona | Prestar una atención respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores individuales y garantizar que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas (22). |
| Entorno propicio | Actitudes, medidas, políticas y prácticas que estimulan y apoyan el funcionamiento eficaz y eficiente de las organizaciones, los individuos y los programas o proyectos. El entorno propicio comprende marcos jurídicos, regulatorios y de políticas, así como factores políticos, socioculturales, institucionales y económicos (8). |
| Equidad de género | Se refiere a las diferentes necesidades, preferencias e intereses de las personas de diferentes géneros. Esto puede significar que se necesita un trato diferenciado para garantizar la igualdad de oportunidades. En ocasiones se le denomina igualdad sustantiva (o igualdad de resultados), y requiere considerar las realidades de la vida de las personas. A menudo se usa como sinónimo de igualdad de género, pero los dos términos se refieren a las estrategias, diferentes y complementarias, que se necesitan para reducir las desigualdades de salud basadas en el género. |
| Estado serológico para el VIH | Informe final que se entrega a un paciente; interpretación definitiva del estado patológico, basada en la recopilación de los resultados de las pruebas, generados a partir de uno o más ensayos. El estado serológico puede aparecer en los informes como positivo al VIH, negativo al VIH o no concluyente respecto al VIH (6). |

ANEXO 4. (continuación)

| | |
|---------------------------------|---|
| Estigmatización | Término derivado de una palabra griega que significa “marca” o “mancha”, la estigmatización son las creencias, actitudes, prácticas y procesos sociales que destacan la diferencia, permiten la discriminación, reducen las oportunidades y reproducen las desigualdades sociales. La estigmatización se manifiesta en las normas comunitarias (estigmatización percibida o normativa), el maltrato y los actos de discriminación (estigmatización promulgada), y puede interiorizarse (estigmatización autoincentivada o internalizada) (32). |
| Experiencia del paciente | La experiencia del paciente abarca la gama de interacciones que los pacientes tienen con el sistema de atención de salud, lo que incluye su atención por planes de salud así como por médicos, personal de enfermería y personal de hospitales, consultorios y otros establecimientos de salud. Como un componente integral de la calidad de la atención de salud, la experiencia del paciente comprende varios aspectos de la prestación de la atención que los pacientes valoran mucho cuando buscan y reciben atención, como conseguir citas oportunas y tener un acceso fácil a la información y una buena comunicación con los trabajadores de salud (20). |
| Fecundidad | Capacidad para lograr un embarazo clínico (11). |
| Garantía de la calidad | Elemento de la gestión de la calidad para dar confianza a las partes interesadas de que se cumplirán los requisitos en materia de calidad (6). |
| Gestión de residuos | Recolección, transporte, eliminación o reciclado y seguimiento de los residuos o desechos. |
| Igualdad de género | Igualdad de oportunidades entre los grupos diversos de mujeres y hombres para acceder a los recursos sociales, económicos y políticos (por ejemplo, servicios de salud, educación y derechos de voto) y controlarlos, incluida la protección por la ley. También se conoce como igualdad de oportunidades o igualdad formal. A menudo se usa como sinónimo de equidad de género, pero los dos términos se refieren a las estrategias, diferentes y complementarias, que se necesitan para reducir las inequidades de salud basadas en el género. En condiciones de igualdad de género, las distintas personas tienen condiciones iguales para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanas, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados. Lograr la igualdad de género exige medidas específicas destinadas a apoyar a los grupos de personas con acceso limitado a tales bienes y recursos (12). |
| Infertilidad | Trastorno caracterizado por la incapacidad para lograr un embarazo clínico después de 12 meses de relaciones sexuales regulares y sin anticoncepción, o debido al deterioro de la capacidad de una persona para reproducirse, ya sea como individuo o con su pareja. Las intervenciones relacionadas con la fecundidad pueden iniciarse antes de que pase un año en función de los antecedentes médicos, sexuales y reproductivos, la edad, los hallazgos físicos y las pruebas de diagnóstico. La infertilidad es un trastorno que genera discapacidad, por ser un deterioro de la función (11). |
| Interseccionalidad | El concepto de interseccionalidad se basa en la comprensión de cómo el género interactúa con otros factores (entre ellos la raza, el origen étnico, la edad, la clase, las ubicaciones geográficas, la identidad de género y la orientación sexual) y la amplía. Se entiende que las relaciones desiguales en materia de género no operan de forma aislada, sino que se superponen con otras desigualdades sociales y económicas para originar inequidades en salud (18). |
| Intervención de salud | Una intervención de salud es un acto realizado para, con o en nombre de una persona o población para evaluar, mejorar, mantener, promover o modificar la salud, el funcionamiento o las condiciones de salud. Una amplia gama de trabajadores de salud en todo el ámbito de los sistemas de salud, incluidos los legos, ^a pueden llevar a cabo las intervenciones de salud, las cuales comprenden actividades de diagnóstico, médicas, quirúrgicas, de salud mental, de atención primaria, de áreas afines a la salud y de apoyo funcional, rehabilitación, medicina tradicional y salud pública (13). |

^a Este elemento se agrega aquí. No aparecía como parte de la definición presente en la fuente citada, por lo que esta es una definición adaptada.

ANEXO 4. (continuación)

| | |
|--------------------------------------|---|
| Intervención de salud digital | Función discreta de una tecnología digital para alcanzar los objetivos del sector salud. La clasificación de las intervenciones de salud digital se ajusta a las diferentes formas en que las tecnologías digitales y móviles se utilizan para apoyar las necesidades del sistema de salud (7). |
| Jóvenes | Personas entre los 15 y 24 años (32). |
| Niños | De conformidad con el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad" (3). |
| No discriminación | La no discriminación, un principio de los derechos humanos, obliga a los Estados a garantizar que los derechos humanos se ejerzan sin discriminación de ningún tipo por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otras situaciones, como discapacidad, estado civil y familiar, estado de salud, lugar de residencia, situación económica, situación social, orientación sexual o identidad de género. En relación con el derecho a la salud, esta obligación significa que los países deben garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios sin discriminación (1). |
| Pareja serodiscordante | Pareja en la que uno de los miembros es seropositivo al VIH y el otro miembro es seronegativo (6). |
| Participación | La participación significativa requiere que las personas tengan derecho a participar en las decisiones que les afectan directamente, lo que incluye el diseño, la ejecución y la supervisión de las intervenciones de salud. En virtud del derecho internacional en materia de derechos humanos, los países tienen la obligación de garantizar la participación informada de las personas en la adopción de las decisiones que les afectan, lo que abarca las cuestiones relacionadas con su salud. El programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reafirma este principio básico en relación con la salud sexual y reproductiva, al señalar que "la participación plena y en pie de igualdad de la mujer en la vida civil, cultural, económica, política y social, en los planos nacional, regional e internacional, y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional". La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) demanda explícitamente a los países que se garantice que las mujeres tengan derecho a participar plenamente y a estar representadas en la formulación de políticas públicas en todos los sectores y a todos los niveles (1). |
| Participación del paciente | Promover y apoyar la participación activa de los pacientes y del público en temas de salud y en la atención de la salud y fortalecer su influencia en las decisiones en materia de atención de la salud, tanto a nivel individual como colectivo. Pedir a pacientes reales que manifiesten sus experiencias y puntos de vista ayuda a quienes participan en la capacitación a reconocer la perspectiva del paciente y la importancia de preservar la confianza entre el médico y el paciente. Estos valores fundamentales son esenciales para una atención compasiva, de calidad garantizada y, sobre todo, segura. La exposición a las historias de los pacientes durante la capacitación es útil y motiva a los profesionales de la salud a mejorar la seguridad. A nivel organizativo, los pacientes y las familias pueden participar en el diseño o el desarrollo de procesos y sistemas centrados en el paciente, por ejemplo, como miembros de comités asesores (19). |
| Planificación familiar | La planificación familiar permite a las personas tener el número deseado de hijos y determinar el espaciamiento de los embarazos. Se logra mediante el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad (10). |
| Población joven | Personas entre los 10 y 24 años (36). |
| Grupos de población clave | Grupos que, debido a comportamientos específicos de alto riesgo, tienen un mayor riesgo de contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia o del contexto local. Las presentes directrices consideran grupos de población clave a los siguientes: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, personas que están en prisiones y otros entornos cerrados, trabajadores sexuales y personas transgénero (6). |

ANEXO 4. (continuación)

| | |
|---|--|
| Grupos de población en situación de vulnerabilidad | <p>Grupos de personas que son particularmente susceptibles a los trastornos de salud en ciertas situaciones o contextos, debido a factores socioeconómicos, discapacidades, situación jurídica o dinámicas de poder desiguales. La OMS define la vulnerabilidad como el grado en que una población, individuo u organización es incapaz de prever, afrontar, resistir o recuperarse de los efectos de los desastres. Entre los grupos de población en situación de vulnerabilidad están la población infantil, las embarazadas, las personas mayores, las personas desnutridas y las personas enfermas o inmunodeprimidas (35).</p> |
| Prestador lego de servicios de salud | <p>Toda persona que desempeña funciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y que ha recibido capacitación para prestar dichos servicios, pero que no tenga una certificación profesional o paraprofesional formal, ni un título de educación terciaria pertinente (6).</p> |
| Privacidad y confidencialidad | <p>El derecho a la privacidad significa que una persona que accede a la información y los servicios de salud no debe sufrir interferencias con su privacidad y debe gozar de protección jurídica al respecto. La salud sexual y reproductiva implica muchos temas delicados que no suelen comentarse abiertamente en las familias o las comunidades, y los pacientes a menudo les confían a los trabajadores de salud información muy personal. La confidencialidad, que implica el deber de los trabajadores de salud de mantener en privado y no divulgar la información médica que reciben de los pacientes y de proteger la privacidad de las personas, es crucial en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (1).</p> |
| Pruebas de diagnóstico inmediato | <p>Los elementos fundamentales de las pruebas de diagnóstico inmediato (o pruebas en el lugar de la atención) son que permiten a) realizar las pruebas en presencia de la persona interesada o en su entorno, b) informar los resultados a la persona interesada durante la misma consulta, y c) utilizar inmediatamente los resultados de la prueba para la atención y derivación del paciente (23).</p> |
| Receptivo a las cuestiones de género | <p>Se dice de una política o programa que considera las normas, los roles y la desigualdad de género y contempla medidas para reducir activamente sus efectos nocivos.</p> |
| Rendición de cuentas de los agentes sociales | <p>La rendición de cuentas de los agentes sociales se define como “las actividades de los ciudadanos a fin de lograr un compromiso colectivo, efectivo y sostenido con las instituciones públicas para la rendición de cuentas en la provisión de bienes públicos”. Esto rebasa los enfoques participativos de la comunidad, que transmiten información y generan demandas, hasta llegar a los que empoderan y educan a los usuarios para que exijan los servicios que el Estado está obligado a proporcionar, y los que apoyan a los prestadores de los servicios de salud para reconocer y satisfacer estas demandas (31).</p> |
| Reproducción asistida médicamente | <p>Reproducción que se logra por medio de diversas intervenciones, procedimientos, operaciones y tecnologías para tratar diferentes formas de trastornos de la fecundidad e infertilidad. Comprenden la inducción de la ovulación, la estimulación ovárica, el desencadenamiento de la ovulación, todos los procedimientos de tecnología de reproducción asistida, el trasplante uterino y la inseminación intrauterina, intracervical e intravaginal (11).</p> |
| Responsabilidad y rendición de cuentas | <p>Los países son responsables de armonizar sus marcos y prácticas jurídicos, programáticos y de políticas con las normas internacionales en materia de derechos humanos y deben rendir cuentas al respecto. Además, los mecanismos efectivos de rendición de cuentas son fundamentales para garantizar que se respeten, se protejan y se satisfagan la capacidad de acción y las opciones de las personas, incluso cuando buscan y reciben atención médica. Para una rendición de cuentas efectiva es necesario que las personas, las familias y los grupos, entre ellos las personas marginadas, conozcan sus derechos, incluidos los relativos a la salud sexual y reproductiva, y estén empoderados para hacerlos cumplir (1).</p> |

ANEXO 4. (continuación)

| | |
|--|---|
| Salud digital | Utilización de tecnologías digitales para la salud. Término amplio que comprende tanto la ciber salud como la salud mediante telefonía móvil (mSalud) y otras áreas emergentes, como el uso de las ciencias de la computación en los campos de la inteligencia artificial, los datos masivos y la genómica (7). |
| Salud mediante telefonía móvil | Parte de la ciber salud que consiste en uso de tecnologías de telefonía móvil e inalámbricas para apoyar los objetivos del sector de la salud. También llamada mSalud o salud móvil (7). |
| Seguridad del paciente | La seguridad del paciente es la ausencia de daños prevenibles a los pacientes durante el proceso de atención de la salud y la reducción de los riesgos de daños innecesarios asociados con la atención médica a un mínimo aceptable. El mínimo aceptable es la noción colectiva derivada de comparar los conocimientos actuales, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención con el riesgo derivado de no dar tratamiento o de dar otro tratamiento (21). |
| Servicios de reproducción asistida (atención a la fertilidad) | Intervenciones que incluyen conciencia de la fecundidad, apoyo y manejo de la fecundidad con el objetivo de ayudar a las personas y las parejas a cumplir sus deseos en materia de reproducción (11). |
| Telemedicina | En el <i>Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional</i> , publicado por la OMS y la Unión Internacional de Telecomunicaciones, la telemedicina se define como el apoyo a “la prestación de servicios de atención de la salud a distancia” (33). |
| Toma de decisiones fundadas | El respeto de la dignidad individual y de la integridad física y mental de toda persona que acude a un establecimiento de atención de salud significa también brindar a cada persona la oportunidad de tomar decisiones reproductivas de manera autónoma. El principio de autonomía, expresado mediante la toma de decisiones libre, previa, plena y fundada, es un tema central en la ética médica y está incorporado en las leyes en materia de derechos humanos (12). Para que puedan tomar decisiones fundadas sobre su salud sexual y reproductiva, todas las personas sin discriminación (incluidos los jóvenes, las personas que viven con discapacidades, los pueblos indígenas, las minorías étnicas, las personas que viven con el VIH y las personas transgénero e intersexuales) deben contar con información, asesoramiento y apoyo integrales. Las personas deben poder ejercer su elección entre toda una gama de opciones, pero también deben ser libres de rechazar cualquiera de las opciones o todas ellas (1). |
| Transgénero | Término genérico para las personas cuya identidad y expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas asociadas habitualmente con el sexo que se les asignó al nacer; comprende a las personas que son transexuales, transgénero o de orientación sexual o género diversos. Las personas transgénero pueden definirse a sí mismas como transgénero, mujer, hombre, mujer trans, hombre trans, transexual o, en determinadas culturas, como <i>hijra</i> (India), <i>waria</i> (Indonesia), <i>kathoey</i> (Tailandia) o alguna de muchas otras identidades transgénero. Pueden expresar su género de diversas formas masculinas, femeninas o andróginas. Las prácticas sexuales de riesgo pueden diferir entre los distintos subgrupos dentro de la comunidad transgénero. Por ejemplo, el riesgo sexual puede ser mayor entre las mujeres transgénero (asignadas como hombres al nacer) o los hombres transgénero (asignados como mujeres al nacer) que tienen relaciones sexuales anales receptivas con hombres que entre los hombres o las mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales solo con mujeres (34). Las personas transgénero a menudo son muy vulnerables a la estigmatización, la discriminación y la violencia, y tienen necesidades de salud particulares que requieren una respuesta de salud pública distinta. |
| Violencia de pareja | Comportamiento en una relación íntima que causa daño físico, psicológico o sexual, consistente en actos de violencia física, violencia sexual, abuso emocional o psicológico y comportamientos dominantes (6). |

ANEXO 4. (continuación)

REFERENCIAS PARA EL ANEXO 4

1. Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Ginebra: Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/158866>, consultado el 17 de mayo del 2019).
2. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policymakers and managers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94334>, consultado el 6 de mayo del 2019).
3. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York (NY): Asamblea General de las Naciones Unidas; 1989 (<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>, consultado el 17 de mayo del 2019).
4. Hawkes S. Sexual health: a post-2015 palimpsest in global health? *Lancet Glob Health*. 2014;2(7):e377–8. doi:[10.1016/S2214-109X\(14\)70036-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70036-1).
5. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); 2018 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>, consultado el 17 de mayo del 2019).
6. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251655>, consultado el 17 de mayo del 2019).
7. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-19.10>, consultado el 26 de abril del 2019).
8. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Todas las mujeres, todos los niños; 2015 (https://everywomaneverychild.org/images/EWEC_GS_BROCHURE_ES_WEB.pdf, consultado el 25 de marzo del 2019).
9. GRADE Working Group [sitio web] (<http://www.gradeworkinggroup.org/>, consultado el 17 de mayo del 2019).
10. Planificación familiar. Nota descriptiva. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, consultado el 17 de mayo del 2019).
11. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R y cols. The international glossary on infertility and fertility care. *Hum Reprod*. 2017;32(9):1786–801. doi:[10.1093/humrep/dex234](https://doi.org/10.1093/humrep/dex234); Fertil Steril. 2017 Sep;108(3):393–406. doi:[10.1016/j.fertnstert.2017.06.005](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005) [publicado simultáneamente].
12. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach: facilitators' guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501071_eng.pdf?sequence=1, consultado el 17 de mayo del 2019).
13. WHO International Classification of Health Interventions (ICHI). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/classifications/international-classification-of-health-interventions>, consultado el 17 de mayo del 2019).
14. Yeh PT, Kennedy CE, De Vuyst H, Narasimhan M. Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e001351. doi:[10.1136/bmjgh-2018-001351](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001351).
15. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. Human rights: an introduction. En: Mann J, Gruskin S, Grodin M, Annas GJ, editores. *Health and human rights: a reader*. Nueva York (NY): Routledge; 1999:21–8.
16. Declaración Universal de Derechos Humanos. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 1948 (<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, consultado el 17 de mayo del 2019).

ANEXO 4. (continuación)

17. Donnelly J. International human rights, 2ª edición. Boulder (CO): Westview Press; 1998.
18. Gender and health. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>, consultado el 2 de junio del 2021).
19. Patient engagement: technical series on safer primary care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf>, consultado el 17 de mayo del 2019).
20. What is patient experience? En: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [sitio web]. Rockville (MD): AHRQ; 2017 (<https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>, consultado el 17 de mayo del 2019).
21. International classification for patient safety: key concepts and preferred terms. En: Conceptual framework for the international classification for patient safety, version 1.1. Final technical report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf, consultado el 17 de mayo del 2019).
22. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): The National Academies Press; 2001. doi:10.17226/10027.
23. Improving the quality of HIV-related point-of-care testing: ensuring the reliability and accuracy of test results. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199799/9789241508179_eng.pdf, consultado el 17 de mayo del 2019).
24. Definition of psychosocial supports. UNICEF; sin fecha. Tokio: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (https://www.unicef.org/tokyo/jp/Definition_of_psychosocial_supports.pdf, consultado el 19 de marzo del 2021).
25. Hatch S, Kickbusch I, editores; Self help and health in Europe. New approaches in health care. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 1983.
26. Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers. Nueva Delhi: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2013 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf>, consultado el 17 de mayo del 2019).
27. Self-care. En: The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26–28 August 1998. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/65860>, consultado el 17 de mayo del 2019).
28. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Educ Couns. 2002;48(2):177–87. doi:10.1016/s0738-3991(02)00032-0.
29. Self-medication. En: The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26–28 August 1998. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/65860>, consultado el 17 de mayo del 2019).
30. Wilde MH, Garvin S. A concept analysis of self-monitoring. J Adv Nurs. 2007;57(3):339–50. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04089.x.
31. Joshi A. Legal empowerment and social accountability: complementary strategies toward rights-based development in health? World Development. 2017;99:160–72. doi:10.1016/j.worlddev.2017.07.008.
32. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med. 2003;57(1):13–24. doi:10.1016/s0277-9536(02)00304-0. 4.

ANEXO 4. (continuación)

33. Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Unión Internacional de Telecomunicaciones; 2012 (<https://www3.paho.org/ict4health/images/docs/conjuntoherramientasestrategiaesaludnacional.pdf?ua=1>, consultado el 2 de junio del 2021).
34. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016; versión del 2016 con cambios (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49094/9789275320075_spa.pdf, consultado el 17 de mayo del 2019).
35. Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42561>, consultado el 6 de mayo del 2019).
36. Interagency Youth Working Group. Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park (NC): FHI; 2010 (https://www.youthpolicy.org/library/wp-content/uploads/library/2010_Risk_HIV_eng.pdf, consultado el 22 de junio del 2021).

ANEXO 5. RESUMEN DE LAS DECLARACIONES DE INTERESES Y GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES

| Nombre | Campo de conocimientos especializados | Declaración de intereses | Conflictos de intereses y su gestión |
|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|
| Dra. Kaosar Afsana | Investigación, salud sexual y reproductiva y derechos conexos | No se declaró ninguno | No procede |
| Sra. Hera Ali | Jóvenes, farmacéutica | No se declaró ninguno | No procede |
| Dra. Elham Atalla | Salud sexual, políticas públicas | No se declaró ninguno | No procede |
| Martha Brady | Intervenciones de autocuidado | No se declaró ninguno | No procede |
| Profa. Elizabeth Bukusi | Investigación, ética, salud sexual y reproductiva y derechos conexos | No se declaró ninguno | No procede |
| Dra. Laura Ferguson | Derechos humanos, derecho | No se declaró ninguno | No procede |
| Anita Hardon | Salud sexual y reproductiva y derechos conexos, investigación en materia de ciencias sociales y ejecución | No se declaró ninguno | No procede |
| Jonathan Hopkins | Servicios integrados de salud en el campo de la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos y el virus de la inmunodeficiencia humana, personas sin hogar | No se declaró ninguno | No procede |
| Hussain Jafri | Seguridad del paciente y perspectiva del usuario | No se declaró ninguno | No procede |
| Mukesh Kapila | Políticas públicas, enfermedades no transmisibles | No se declaró ninguno | No procede |
| Po-Chin Li | Jóvenes, medicina clínica | No se declaró ninguno | No procede |
| Carmen Logie | Grupos de población clave, ciencias sociales, virus de la inmunodeficiencia humana, infecciones de transmisión sexual | No se declaró ninguno | No procede |
| Kevin Moody | Farmacia, educación, grupos de población clave, grupos de pacientes, virus de la inmunodeficiencia humana | No se declaró ninguno | No procede |
| Daniella K. Munene | Farmacia, gerente de programa | No se declaró ninguno | No procede |
| Lisa Noguchi | Salud materna, innovaciones | No se declaró ninguno | No procede |
| Gina Ogilvie | Infecciones de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia humana, virus del papiloma humano, investigación | No se declaró ninguno | No procede |

ANEXO 5. (continuación)

| Name | Expertise | Declaration of interests | Conflicts of interest and their management |
|--------------------------------|--|--------------------------|--|
| Ash Pachauri | Cambio climático, salud ambiental y planetaria, aborto, salud de la mujer, grupos de población en situación de vulnerabilidad, jóvenes | No se declaró ninguno | No procede |
| Michelle Remme | Financiamiento de la salud, salud sexual y reproductiva y derechos conexos, violencia de género | No se declaró ninguno | No procede |
| Jaya Lakshmi Shreedhar | Promoción de la causa, comunicaciones, periodismo, tuberculosis y enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles | No se declaró ninguno | No procede |
| Leigh Ann van der Merwe | Perspectiva comunitaria y derechos humanos | No se declaró ninguno | No procede |
| Sheryl van der Poel | Infertilidad, investigación, orientación normativa | No se declaró ninguno | No procede |
| Allen Zhiwei Wu | Infecciones de transmisión sexual, virus del papiloma humano, educación, investigación, políticas públicas | No se declaró ninguno | No procede |

ANEXO 6. PREGUNTAS Y RESULTADOS PRIORITARIOS

PICO: población (P), intervención (I), comparación (C), resultado (O, por outcome en inglés)

| Preguntas PICO (P–I–C) | Resultados (O) |
|---|--|
| <p>¿Las personas que están planeando embarazarse deben autoadministrarse suplementos de ácido fólico, o se les debe ofrecer solo la administración de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicios?</p> <p>P: Personas que están planeando un embarazo dentro de los próximos tres meses</p> <p>I: Autogestión de los suplementos de ácido fólico</p> <p>C: Suministro de suplementos de ácido fólico por los trabajadores de salud</p> | <p>Resultados maternos</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) 2. Uso correcto del producto <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concentración de folato (sérica o en los eritrocitos) 2. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 3. Eventos adversos (p. ej., desabastecimientos, desvío de productos, productos falsificados) 4. Daños sociales (p. ej., discriminación, violencia de pareja, estigmatización) <p>Resultados fetales y neonatales</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defectos del tubo neural 2. Mortinatalidad o muerte perinatal |
| <p>¿Las personas embarazadas deben autoadministrarse suplementos de hierro y ácido fólico según la orientación internacional (actualmente, una dosis diaria de 30-60 mg de hierro elemental y 400 µg [0,4 mg] de ácido fólico, o bien una dosis intermitente [por ejemplo, semanal] de 120 mg de hierro elemental y 2,8 mg de ácido fólico), o se les debe ofrecer solo la administración de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicios?</p> <p>P: Personas embarazadas de cualquier edad gestacional y número de partos</p> <p>I: Autoadministración de suplementos de hierro y ácido fólico (dosis diaria de 30-60 mg de hierro elemental y 400 µg [0,4 mg] de ácido fólico o dosis intermitente de 120 mg de hierro elemental y 2,8 mg de ácido fólico)</p> <p>C: Suministro de suplementos de hierro y ácido fólico por los trabajadores de salud</p> | <p>Resultados maternos</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Productos falsificados 2. Anemia, carencia de hierro 3. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso correcto del producto 2. Concentración de folato (sérica o en los eritrocitos) 3. Sepsis puerperal 4. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 5. Desabastecimiento, desvío de productos 6. Daños sociales (p. ej., discriminación, violencia de pareja, estigmatización) <p>Resultados fetales y neonatales</p> <p>Important outcomes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peso o talla al nacer para la edad gestacional 2. Prematurez 3. Mortinatalidad o muerte perinatal |

ANEXO 6. (continuación)

| Preguntas PICO (P-I-C) | Resultados (O) |
|---|--|
| <p>¿Las personas que dieron a luz deben autoadministrarse suplementos de hierro (con o sin ácido fólico) durante al menos tres meses después del parto según la guía internacional (actualmente, una dosis diaria de 30-60 mg de hierro elemental y 400 µg [0,4 mg] de ácido fólico, o bien una dosis intermitente [por ejemplo, semanal] de 120 mg de hierro elemental y 2,8 mg de ácido fólico), o se les debe ofrecer solo la gestión de dichos suplementos dirigida por el prestador de servicios?</p> <p>P: Personas de bajo riesgo, no anémicas, después de un parto vaginal</p> <p>I: Autoadministración de los suplementos de hierro y ácido fólico</p> <p>C: Suministro de suplementos de hierro y ácido fólico por los trabajadores de salud</p> | <p>Resultados maternos</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Productos falsificados 2. Anemia, carencia de hierro 3. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) 4. Uso correcto del producto 5. Concentración de folato (sérica o en los eritrocitos) <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desabastecimiento, desvío de productos 2. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 3. Daños sociales (p. ej., discriminación, violencia de pareja, estigmatización) |
| <p>¿Debería estar disponible la autovigilancia de la presión arterial para las personas con trastornos hipertensivos del embarazo, además de la vigilancia en los consultorios?</p> <p>P: Personas embarazadas con hipertensión (hipertensión gestacional, hipertensión crónica o preeclampsia)</p> <p>I: Autovigilancia de la presión arterial (ya sea por la persona embarazada o por otro lego, como un miembro de la familia)</p> <p>C: Vigilancia de la presión arterial en el consultorio por los trabajadores de salud solo durante los contactos prenatales</p> | <p>Resultados maternos</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eclampsia o preeclampsia 2. Hospitalización prenatal 3. Seguimiento con la atención adecuada 4. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 5. Resultados adversos del embarazo: aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta 6. Mortalidad materna o morbilidad materna extrema <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cesárea 2. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) 3. Riesgo o complicaciones a largo plazo: accidente cerebrovascular, resultados cardiovasculares, nefropatía crónica o hipertensión crónica 4. Síndrome HELLP 5. Problemas relacionados con el dispositivo (p. ej., falla de la prueba, problemas con la fabricación, el embalaje, el etiquetado o las instrucciones de uso) 6. Daños sociales (p. ej., estigmatización, discriminación, violencia de pareja) <p>Resultados neonatales</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortinatalidad o muerte perinatal 2. Peso y talla al nacer para la edad gestacional 3. Índice de Apgar |

ANEXO 6. (continuación)

| Preguntas PICO (P-I-C) | Resultados (O) |
|---|--|
| <p>Debería estar disponible la autoadministración de pruebas de proteinuria durante el embarazo, además de la vigilancia en el consultorio?</p> <p>P: Personas embarazadas</p> <p>I: Autoadministración de pruebas de proteinuria (ya sea por la persona embarazada o por otro lego, como un miembro de la familia)</p> <p>C: Análisis de proteinuria en el consultorio por los trabajadores de salud solo durante los contactos prenatales</p> | <p>Resultados maternos</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortalidad materna o morbilidad materna extrema 2. Eclampsia o preeclampsia 3. Seguimiento con la atención adecuada 4. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados adversos del embarazo (p. ej., aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta) 2. Riesgo cardiovascular a largo plazo, hipertensión crónica, diabetes, accidente cerebrovascular 3. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 4. Eventos adversos y daños sociales (incluidos la discriminación, la violencia de pareja y la estigmatización) y si tales daños se corrigieron o si hubo reparación para ellos 5. Problemas relacionados con el dispositivo (p. ej., falla de la prueba, problemas con la fabricación, el embalaje, el etiquetado o las instrucciones de uso) <p>Resultados neonatales</p> <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortinatalidad o muerte perinatal 2. Restricción del crecimiento intrauterino 3. Prematurez |
| <p>¿Debería estar disponible la autovigilancia de la glucemia para las personas con diabetes gestacional además de la vigilancia en los consultorios?</p> <p>P: Personas embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional</p> <p>I: Autovigilancia de la glucemia (ya sea por la persona embarazada o por otro lego, como un miembro de la familia)</p> <p>C: Vigilancia de la glucemia en el consultorio por los trabajadores de salud solo durante los contactos prenatales</p> | <p>Resultados maternos</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) 2. Seguimiento con la atención adecuada 3. Parto prematuro <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cesárea (incluida la cesárea de urgencia) 2. Trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia) o eclampsia 3. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 4. Complicaciones a largo plazo: diabetes tipo 2 u otros trastornos metabólicos 5. Problemas relacionados con el dispositivo (p. ej., falla de la prueba, problemas con la fabricación, el embalaje, el etiquetado o las instrucciones de uso) 6. Eventos adversos y daños sociales (incluidas la estigmatización, la discriminación y la violencia de pareja) y si tales daños se corrigieron o si hubo reparación para ellos 7. Placenta previa <p>Resultados neonatales</p> <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortinatalidad o muerte perinatal 2. Síndrome de dificultad respiratoria <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peso y talla al nacer para la edad gestacional (incluida la macrosomía) 2. Distocia de hombro |

ANEXO 6. (continuación)

| Preguntas PICO (P-I-C) | Resultados (O) |
|---|---|
| <p>¿Deben estar disponibles los anticonceptivos de urgencia sin receta médica?</p> <p>P: Personas que usan anticonceptivos de urgencia</p> <p>I: Disponibilidad de anticonceptivos de urgencia de venta libre (sin receta ni evaluación de idoneidad) o por un farmacéutico (venta supervisada por personal de farmacia capacitado)</p> <p>C: Disponibilidad solo con receta (de un médico o trabajador de salud que no sea un farmacéutico)</p> | <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación de la anticoncepción de urgencia 2. Embarazo no deseado 3. Efectos secundarios, eventos adversos o daños sociales 4. Uso correcto del producto 5. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en las prácticas o comportamientos relacionados con la salud sexual (p. ej., relaciones sexuales sin protección, uso regular de condones, uso de condones en la última relación sexual, parejas sexuales, anticoncepción) 2. Aborto |
| <p>¿Deberían estar disponibles las pruebas de embarazo autoadministradas como una opción adicional a las pruebas en los consultorios?</p> <p>P: Personas que buscan pruebas de embarazo</p> <p>I: Prueba de embarazo en orina</p> <p>C: Pruebas de embarazo dirigidas por trabajadores de salud (en establecimientos de salud o consultorios comunitarios, en orina o en suero)</p> | <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento clínico adecuado (asesoramiento, visitas de atención prenatal, servicios de anticoncepción, servicios de aborto, etc.) 2. Edad gestacional al enterarse del embarazo (conciencia del embarazo) y al acudir a solicitar la atención prenatal o el aborto 3. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) 4. Problemas relacionados con el dispositivo (p. ej., falla de la prueba, problemas con la fabricación, el embalaje, el etiquetado o las instrucciones de uso) 5. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 6. Eventos adversos y daños sociales (como la estigmatización, la discriminación, la coacción, la violencia, [incluida la violencia de pareja, la violencia por miembros de la familia o de la comunidad, etc.] y las violaciones de la confidencialidad), y si tales daños se corrigieron o si hubo reparación para ellos <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Embarazo no reconocido que sigue adelante |
| <p>¿Debería poder iniciarse la PrEP después del tamizaje por parte de un farmacéutico, sin receta médica?</p> <p>P: Personas interesadas en la PrEP</p> <p>I: Acceso a la PrEP por medio de una farmacia, sin receta de un trabajador de salud</p> <p>C: Acceso a la PrEP con receta de un trabajador de salud</p> | <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso correcto del producto 2. Contraer la infección por el VIH, incidencia del VIH y vinculación con la atención <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eventos adversos (nefropatía crónica, contraer alguna infección de transmisión sexual [ITS], incidencia de las ITS y vinculación con la atención) 2. Autonomía (autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) 3. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 4. Daños sociales (p. ej., discriminación, violencia de pareja, estigmatización) 5. Aceptación de la PrEP 6. Continuación de la PrEP (uso sostenido o uso intermitente relacionado con la exposición al riesgo) 7. Aceptación de las pruebas periódicas de VIH; las medidas señalan un mes después del inicio y cada tres meses en lo sucesivo mientras se usa la PrEP o, si se usa la PrEP de modo intermitente (temporadas de riesgo), antes de comenzar otro período de PrEP |

ANEXO 6. (continuación)

| Preguntas PICO (P-I-C) | Resultados (O) |
|---|--|
| <p>¿Debería poder continuarse la PrEP por un farmacéutico, sin receta médica?</p> <p>P: Personas que utilizan PrEP</p> <p>I: Acceso a la PrEP por medio de una farmacia, sin receta de un trabajador de salud</p> <p>C: Acceso a la PrEP con receta de un trabajador de salud</p> | <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nefropatía crónica 2. Autonomía (p. ej., autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) 3. Contraer la infección por el VIH, incidencia del VIH y vinculación con la atención <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contraer una ITS, incidencia de las ITS y vinculación con la atención 2. Continuación de la PrEP (uso sostenido o uso intermitente relacionado con la exposición al riesgo) 3. Uso correcto del producto 4. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 5. Daños sociales (p. ej., discriminación, violencia de pareja, estigmatización) 6. Aceptación de las pruebas periódicas de VIH: un mes después del inicio y cada tres meses en lo sucesivo mientras se usa la PrEP o, si se usa la PrEP de modo intermitente (temporadas de riesgo), antes de comenzar otro período de PrEP |
| <p>¿El uso de lubricantes antes o durante las relaciones sexuales mejora la salud y el bienestar sexuales?</p> <p>P: Personas sexualmente activas</p> <p>I: Uso de lubricante durante la actividad sexual (definida como cualquier penetración, ya sea vaginal o anal, con o sin pareja y con cualquier objeto)</p> <p>C: Actividad sexual sin lubricante</p> | <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sequedad vaginal, dolor durante la penetración vaginal o anal 2. Autoeficacia, autodeterminación, autonomía y empoderamiento en torno a la salud sexual y la sexualidad (confianza, comunicación con las parejas, autoestima) <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones de transmisión sexual, infección por el VIH 2. Deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y placer 3. Disfunciones de la excitación sexual 4. Flujo vaginal y vaginosis bacteriana 5. Efectos secundarios: irritación, infecciones (por levaduras, del aparato reproductor, de transmisión sexual, de las vías urinarias) 6. Otros efectos secundarios, eventos adversos o daños sociales |
| <p>¿Debería estar disponible la autoadministración de hormonas para la reafirmación de género, además de su administración por los trabajadores de salud?</p> <p>P: Personas que buscan usar hormonas para la reafirmación de género</p> <p>I: Autoadministración de hormonas para la reafirmación de género</p> <p>C: Administración de hormonas para la reafirmación de género por los trabajadores de salud</p> | <p>Resultados críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eventos adversos (adenoma hipofisario [prolactinoma], galactorrea, tromboembolia venosa, disminución de la libido, autoinmunidad, migraña, cáncer, trastornos cardiovasculares, infección por el VIH, infección por el virus de la hepatitis C, etc.), lo que incluye conocer las posibles interacciones con otros medicamentos o experimentarlas 2. Uso correcto del producto 3. Salud mental y bienestar (p. ej., ansiedad, estrés, autolesiones) 4. Daños sociales (p. ej., discriminación, violencia de pareja, estigmatización) 5. Confianza y vinculación con el sistema de salud para problemas distintos al uso de hormonas, o para el seguimiento de los efectos secundarios, etc. <p>Resultados importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomía (autoeficacia, autodeterminación, empoderamiento) 2. Apoyo entre pares o de la comunidad 3. Satisfacción con los servicios clínicos e idoneidad de los mismos (p. ej., servicios que no consideren el ser transgénero como un trastorno o un problema de salud mental, sino como una forma de diversidad de género) |

ANEXO 7. REVISIONES PUBLICADAS

| Título del manuscrito | Autores |
|---|---|
| Revisiones sistemáticas sobre la eficacia en relación con las seis recomendaciones nuevas (ya publicadas o en proceso de revisión en el 2021) | |
| Self-management of iron and folic acid supplementation during pre-pregnancy, pregnancy, and postnatal periods: a systematic review (Recomendaciones 10a, 10b, 10c) | King SE, Yeh PT, Rhee DK, Tunçalp Ö, Rogers LM, Narasimhan M. |
| Self-monitoring of blood pressure among women with hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review (Recomendación 11) | Yeh PT, Rhee DK, Kennedy CE, Zera CA, Lucido B, Tunçalp Ö, Gomez Ponce de Leon R, Narasimhan M |
| Self-monitoring of blood glucose levels among women with gestational diabetes: a systematic review (Recomendación 12) | Yeh PT, Kennedy CE, Rhee DK., Zera CA, Tunçalp Ö, Gomez Ponce de Leon R, Lucido B, Narasimhan M |
| Over-the-counter provision of emergency contraceptive pills: a systematic review (Recomendación 16) | Atkins K, Kennedy CE, Yeh PT, Narasimhan M |
| Self-testing for pregnancy: a systematic review (Recomendación 21) | Kennedy CE, Yeh PT, Gholbzouri K, Narasimhan M |
| Lubricants for promotion of sexual health and wellbeing: a systematic review (Recomendación 32) | Kennedy CE, Yeh PT, Li J, Gonsalves L, Narasimhan M |
| Otras revisiones (en proceso de revisión en el 2021) | |
| Self-administration of gender-affirming hormones: a systematic review (Consideración clave y declaración sobre buenas prácticas 13) | Kennedy CE, Yeh PT, Byrne J, van der Merwe L, Ferguson L, Poteat T, Narasimhan M, |
| PrEP distribution in pharmacies: a systematic review (Consideración clave) | Kennedy CE, Yeh PT, Atkins K, Ferguson L, Baggaley R, Narasimhan M |
| Self-testing for proteinuria in pregnancy: a systematic review (Consideración clave) | Yeh PT, Rhee DK, Kennedy CE, Zera CA, Tunçalp Ö, Kuzmenko O, Lucido B, Narasimhan M |
| Human rights, gender and law in practice: Lessons from implementation of self-care interventions for sexual and reproductive health and rights (Declaraciones sobre buenas prácticas 1–4) | Ferguson L, Narasimhan M |

ANEXO 8. FALLOS DEL GRUPO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES SOBRE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES

| Recomendación | Recomendaciones 10a, 10b, 10c | Recomendación 11 | Recomendación 12 |
|---|--|--|---|
| Intervención | Autoadministración de suplementos de hierro y ácido fólico | Autovigilancia de la presión arterial | Autovigilancia de la glucemia arterial |
| ¿El problema es una prioridad? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Varía | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Varía | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Varía |
| Grado de certeza de la evidencia | <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo <input checked="" type="checkbox"/> Nulo | <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderate <input checked="" type="checkbox"/> Bajo <input checked="" type="checkbox"/> Muy bajo | <input checked="" type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo |
| Balance entre beneficios y daños | <input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |
| Valores y preferencias | <input type="checkbox"/> Incertidumbre o variabilidad importantes <input type="checkbox"/> Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes <input checked="" type="checkbox"/> No hay incertidumbre ni variabilidad importantes <input type="checkbox"/> No hay resultados indeseables conocidos | <input type="checkbox"/> Incertidumbre o variabilidad importantes <input type="checkbox"/> Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes <input checked="" type="checkbox"/> No hay incertidumbre ni variabilidad importantes <input type="checkbox"/> No hay resultados indeseables conocidos | <input type="checkbox"/> Incertidumbre o variabilidad importantes <input type="checkbox"/> Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes <input checked="" type="checkbox"/> No hay incertidumbre ni variabilidad importantes <input type="checkbox"/> No hay resultados indeseables conocidos |
| Recursos necesarios (costos) | <input type="checkbox"/> Costos elevados <input type="checkbox"/> Costos moderados <input checked="" type="checkbox"/> Costos y ahorros insignificantes <input type="checkbox"/> Ahorros moderados <input checked="" type="checkbox"/> Ahorros considerables <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> Costos elevados <input type="checkbox"/> Costos moderados <input type="checkbox"/> Costos y ahorros insignificantes <input checked="" type="checkbox"/> Ahorros moderados <input type="checkbox"/> Ahorros considerables <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> Costos elevados <input checked="" type="checkbox"/> Costos moderados <input type="checkbox"/> Costos y ahorros insignificantes <input checked="" type="checkbox"/> Ahorros moderados <input type="checkbox"/> Ahorros considerables <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |
| Costoeficacia | <input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |

ANEXO 8. (continuación)

| Recomendación | Recomendaciones 10a, 10b, 10c | Recomendación 11 | Recomendación 12 |
|---|--|--|---|
| Equidad | <input checked="" type="checkbox"/> Aumenta <input type="checkbox"/> Probablemente aumenta <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Aumenta <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente aumenta <input type="checkbox"/> Disminuye <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Aumenta <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente aumenta <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |
| Aceptabilidad | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso |
| Viabilidad | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |
| ¿Hay suficiente evidencia para formular una recomendación? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Recomendación a favor o en contra de la intervención | <input checked="" type="checkbox"/> A favor <input type="checkbox"/> En contra | <input checked="" type="checkbox"/> A favor <input type="checkbox"/> En contra | <input checked="" type="checkbox"/> A favor <input type="checkbox"/> En contra |
| Recomendación firme o condicional | <input checked="" type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Condicional | <input type="checkbox"/> Firme <input checked="" type="checkbox"/> Condicional | <input checked="" type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Condicional |

ANEXO 8. (continuación)

| Recomendación | Recomendación 16 | Recomendación 21 | Recomendación 32 |
|---|---|--|---|
| Intervención | Anticonceptivos de urgencia de venta libre | Pruebas de embarazo autoadministradas | Lubricantes para la salud sexual |
| ¿El problema es una prioridad? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Varía | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Varía | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Varía |
| Grado de certeza de la evidencia | <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo | <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo | <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo <input checked="" type="checkbox"/> Muy bajo |
| Balance entre beneficios y daños | <input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |
| Valores y preferencias | <input type="checkbox"/> Incertidumbre o variabilidad importantes <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes <input checked="" type="checkbox"/> No hay incertidumbre ni variabilidad importantes <input type="checkbox"/> No hay resultados indeseables conocidos | <input type="checkbox"/> Incertidumbre o variabilidad importantes <input type="checkbox"/> Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes <input checked="" type="checkbox"/> No hay incertidumbre ni variabilidad importantes <input type="checkbox"/> No hay resultados indeseables conocidos | <input type="checkbox"/> Incertidumbre o variabilidad importantes <input type="checkbox"/> Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes <input checked="" type="checkbox"/> No hay incertidumbre ni variabilidad importantes <input type="checkbox"/> No hay resultados indeseables conocidos |
| Recursos necesarios (costos) | <input type="checkbox"/> Costos elevados <input checked="" type="checkbox"/> Costos moderados <input type="checkbox"/> Costos y ahorros insignificantes <input type="checkbox"/> Ahorros moderados <input type="checkbox"/> Ahorros considerables <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> Costos elevados <input type="checkbox"/> Costos moderados <input type="checkbox"/> Costos y ahorros insignificantes <input type="checkbox"/> Ahorros moderados <input checked="" type="checkbox"/> Ahorros considerables <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> Costos elevados <input type="checkbox"/> Costos moderados <input type="checkbox"/> Costos y ahorros insignificantes <input type="checkbox"/> Ahorros moderados <input type="checkbox"/> Ahorros considerables <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso |
| Costoeficacia | <input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente a favor de la intervención <input type="checkbox"/> En contra de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input checked="" type="checkbox"/> Dudoso |

ANEXO 8. (continuación)

| Recomendación | Recomendación 16 | Recomendación 21 | Recomendación 32 |
|---|--|--|--|
| Equidad | <input checked="" type="checkbox"/> Aumenta <input type="checkbox"/> Probablemente aumenta <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Aumenta <input type="checkbox"/> Probablemente aumenta <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Aumenta <input type="checkbox"/> Probablemente aumenta <input type="checkbox"/> Disminuye <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |
| Aceptabilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |
| Viabilidad | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Dudoso |
| ¿Hay suficiente evidencia para formular una recomendación? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Recomendación a favor o en contra de la intervención | <input checked="" type="checkbox"/> A favor <input type="checkbox"/> En contra | <input checked="" type="checkbox"/> A favor <input type="checkbox"/> En contra | <input checked="" type="checkbox"/> A favor <input type="checkbox"/> En contra |
| Recomendación firme o condicional | <input checked="" type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Condicional | <input checked="" type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Condicional | <input checked="" type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Condicional |

Las personas han practicado el autocuidado durante milenios, y los métodos diagnósticos, medicamentos e intervenciones nuevos, incluidas las tecnologías digitales, están cambiando la forma en que se pueden prestar los servicios de salud. El autocuidado y las intervenciones de autocuidado también han desempeñado un papel fundamental en las respuestas individuales, comunitarias y nacionales a la pandemia de COVID-19. El propósito de estas directrices es brindar orientación normativa basada en la evidencia que permitirá a las personas, comunidades y países verse respaldados por servicios de salud e intervenciones de autocuidado de buena calidad que utilicen estrategias de atención primaria de salud, paquetes de servicios esenciales e integrales y atención centrada en las personas.

Las directrices beneficiarán principalmente a los programas y servicios de salud en entornos de bajos recursos, pues en ellos se presentan los mayores desafíos para brindar servicios adaptados a las necesidades y derechos de los grupos de población subatendidos. No obstante, su contenido es pertinente para todos los entornos. Al aplicar estas recomendaciones, los países pueden adaptarlas a sus contextos locales, teniendo en cuenta las condiciones económicas y los servicios y establecimientos de salud disponibles.

Para más información póngase en contacto con:

Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (FPL)

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037,

United States of America

Tel.: +1 (202) 974-3000 Fax: +1 (202) 974-3663

<http://www.paho.org>

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Avenida Brasil 2697 1er Piso apto 4, Montevideo, 11300, Uruguay

Tel.: +598-2 487-2929; +598-2 706-3020

email: postmasterCLAP@paho.org

<http://www.paho.org/clap>

