



© Pakistan Community Health Workers

Acceso a la salud: ¿cómo reducir la mortalidad materno infantil?

Este informe en particular se basa en una revisión sistemática de la evidencia disponible. Los informes EQ (*enduring questions* o preguntas permanentes) analizan avances y problemáticas de política actuales, con el objetivo de ayudar a que los formuladores de políticas y profesionales de desarrollo aumenten su impacto a través de evidencia de calidad.

Prestar atención a las brechas de desarrollo

Una mujer por minuto muere durante el parto en diversas regiones del mundo. Cada año, dos millones de recién nacidos fallecen en su primer día de vida. En 2005, la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo era de 450 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que representa una ligera disminución con respecto a 1990 (UNFPA, 2008). De los 136 millones de niños nacidos cada año, alrededor de cuatro millones mueren en los primeros 28 días de vida, principalmente en países en desarrollo.

La mayoría de estas muertes maternas y neonatales podrían evitarse con el oportuno reconocimiento y la correcta implementación de las habilidades y los conocimientos requeridos (Ray y Salihu, 2004). Si bien los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 4 y 5) exigen una reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes y de la mortalidad infantil en dos tercios, esto solo puede lograrse si se amplía significativamente la cobertura de salud de madres y recién nacidos.

Sin embargo, ¿el acceso a los servicios de salud ha efectivamente ayudado a reducir la mortalidad materna y neonatal? ¿Qué tipo de iniciativas han tenido más éxito en el aumento de la cobertura de salud de madres y recién nacidos? ¿Ampliar las intervenciones ha mejorado la prestación de servicios de salud?

Síntesis

Las revisiones sistemáticas efectuadas demuestran que el acceso a los servicios comunitarios de salud reduce la mortalidad neonatal y la cantidad de mortinatos, pero el efecto sobre la mortalidad materna es más difícil de detectar.

Sin embargo, la evidencia hasta ahora ha provenido de estudios con muestras pequeñas principalmente realizados en Asia y con escasa información obtenida en África subsahariana y América Latina. Solo unos pocos estudios evalúan los servicios de salud materna, neonatal e infantil (SMNI) a nivel comunitario y se centran en intervenciones en el segmento de la atención primaria.

Se necesita investigación a gran escala que tenga en cuenta contextos específicos. También se requiere investigación adicional sobre la eficacia en función de costos de los servicios de salud, la que ayudará a promover y ampliar las intervenciones comunitarias con respecto a la atención de la madre y del recién nacido.

Palabras claves: mortalidad materna y neonatal, intervenciones comunitarias, eficacia en función de costos

Lecciones aprendidas

La evidencia más importante sobre el impacto generado por el acceso a los servicios de salud ha surgido de una revisión llevada a cabo por Lassi y otros (2010), con el respaldo de 3ie. Sin embargo, todas las recomendaciones sobre qué intervenciones son más eficaces para ampliar el acceso a los servicios SMNI se basan en evidencias obtenidas por estudios relativamente acotados y localizados. Bhutta y otros (2008a) advierten que cualquier esfuerzo por ampliar las intervenciones deberá tener en cuenta factores contextuales.

El acceso a los servicios de salud puede reducir la mortalidad neonatal, aunque genera menos impacto en la mortalidad materna. La evidencia demuestra que entre el 41 y el 72% de las muertes de recién nacidos podrían prevenirse mediante intervenciones como la vacunación contra el tétano con toxoide tetánico (TT) a las madres, la atención higiénica y especializada en el parto, la reanimación de recién nacidos, la prevención de la hipotermia, la lactancia materna exclusiva, el debido cuidado e higiene del cordón umbilical y el manejo de la neumonía y la septicemia. Es posible evitar cerca de la mitad de estas muertes a través de intervenciones comunitarias (Darmstadt y otros, 2005). Sin embargo, la evidencia actual no confirma si estas intervenciones pueden ser efectivamente ampliadas o si generarán el mismo impacto si se implementan a mayor escala (Bhutta y otros, 2008a).

Del mismo modo, la revisión de Lassi y otros (2010) muestra una reducción global del 27% en muertes de neonatos. Las campañas comunitarias desempeñaron un papel vital en la disminución de dichas muertes, posiblemente porque estas se centraron en mujeres en su período prenatal y en la atención y el manejo de recién nacidos.

La revisión no mostró ningún impacto significativo en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, en el análisis detallado, tomar medidas higiénicas para el parto permitió un descenso del 29% en dicho índice (Lassi y otros, 2010).

Los programas comunitarios de intervención de salud pueden reducir la tasa de mortalidad. Las intervenciones que agrupan múltiples enfoques y se proporcionan a través de trabajadores de extensión debidamente capacitados pueden reducir la mortalidad materna, perinatal y neonatal (Lassi y otros, 2010). Los asistentes de parto tradicionales (APT), cuando están adecuadamente vinculados con otros equipos de trabajadores del sistema de salud, pueden colaborar en la reducción de la mortalidad neonatal. La capacitación de los APT, que no ha demostrado influir en el mejoramiento de los resultados con respecto a las madres, se asoció con una reducción del 24% en las muertes neonatales. Este hallazgo coincide con la revisión efectuada por Sibley y otros (2007), donde se indica una reducción general del 29% en la mortalidad neonatal después de la intervención de los APT capacitados.

Los grupos de apoyo comunitario y los métodos participativos a través de sesiones grupales y la inclusión de la familia en el cuidado de la salud fueron especialmente eficaces para reducir las muertes perinatales. En particular, los grupos comunitarios de apoyo o fomento y la participación de la familia influyeron en la reducción de dichas muertes (21 y 27% respectivamente), en comparación con casos anteriores en los que estos enfoques no se utilizaban en los programas de intervención. La participación de la familia en el cuidado de la salud también impactó positivamente en la reducción de la cantidad de mortinatos en un 22% (Bhutta y otros, 2010; Kumar y otros, 2008; Bang y otros, 1999; Azad y otros, 2009).

En teoría, el seguro de salud comunitario (SSC) también dio como resultado un mayor acceso a la atención materna en instalaciones de salud (Smith y Sulzbach, 2008). Sin embargo, estos resultados preliminares se basan en datos transversales y muestras de pequeño tamaño.

Los resultados de un estudio efectuado sobre 54 países en desarrollo sugieren que el gasto público en salud, como porcentaje del gasto total para el sector, también aumenta la utilización de parteros cualificados y la práctica de cesáreas, pero no la atención prenatal (Kruk y otros, 2007). En tal sentido, además de ampliar las intervenciones comunitarias, “se requerirá un mayor nivel total de gasto en salud para que los países en desarrollo alcancen el ODM 5” (Kruk y otros, 2007).

Los factores culturales son cruciales en el diseño de estrategias para cambios de comportamiento.

En general, el efecto de las intervenciones sobre el comportamiento de la madre en la búsqueda de atención de salud en casos de enfermedades maternas no es significativo (Lassi y otros, 2010). Esto probablemente se deba a que las barreras religiosas y culturales percibidas con respecto a la atención de salud de la madre son resistentes a las estrategias de comunicación para promover cambios de comportamiento. La investigación formativa procedente de Asia meridional también señala que cuando la enfermedad materna ocurre, a menudo la propia madre es quien reconoce las señales de peligro y, una vez identificadas, su suegra y su marido pueden ser el puente o la barrera para la búsqueda de atención de salud (Jackson y Jackson-Carroll, 1987; Mesko y otros, 2003; Syed y otros, 2006).

Por otro lado, en el caso de las enfermedades neonatales, suele ser la madre la que reconoce los síntomas y solicita atención a cualquier proveedor, incluidos los tradicionales. Una serie de estudios se centran en la gestión de derivaciones para la atención de enfermedades neonatales tempranas, concluyendo que la mayoría de las visitas planificadas se realizan en la primera semana de vida del niño (Bang y otros, 1999; Bhutta y otros, 2008b; Bhutta y otros, 2010; Darmstadt y otros, 2008). Esto sugiere que las estrategias para cambios de comportamiento también deben apuntar a la eliminación de una serie de posibles barreras -ya sean físicas, culturales o espirituales- que pueden necesariamente involucrar a toda la familia.

No existen pruebas sustanciales sobre la “eficacia en función de costos” y la “ampliación” de las intervenciones. Una investigación sobre la cobertura de la intervención en 68 países con altas tasas de mortalidad materno infantil reveló que la implementación, la aplicación y la extensión varían considerablemente allí donde la distribución de las intervenciones es equiparable (*Bhutta y otros, 2008a*). La evidencia actual no señala si las intervenciones eficaces pueden efectivamente ser ampliadas o si tendrán el mismo impacto cuando se implementen a mayor escala.

Todas las recomendaciones sobre las intervenciones más eficaces para ampliar el acceso a los servicios SMNI se basan en evidencias obtenidas de estudios relativamente acotados y localizados. Bhutta y otros (2008a) advierten que toda iniciativa para ampliar las intervenciones deberá tener en cuenta factores contextuales. Cochrane (2006), por su parte, también concluye que muy pocos estudios han evaluado la atención SMNI a nivel de comunidad y las intervenciones a nivel de atención primaria. Tampoco existe evidencia sólida que demuestre que la integración de los servicios de atención primaria de salud mejora la prestación de servicios de salud en los países en desarrollo (*Bhutta y otros, 2008a; Briggs y Garner, 2006*).

Cerrar la brecha de la evaluación

En general, un mejor acceso a los servicios de salud reduce la mortalidad neonatal, pero el impacto producido sobre la mortalidad materna puede ser menos significativo. Sin embargo, la mayor parte de los estudios realizados proceden de Asia y se dispone de información muy limitada obtenida en África subsahariana y América Latina. Existe una clara necesidad de investigación adicional y se requieren evaluaciones de impacto a gran escala que estudien las tasas de cobertura y la efectividad de las intervenciones SMNI.

Se necesitan muestras de gran tamaño para producir estimaciones confiables del impacto generado en la mortalidad materna. Lamentablemente, el tamaño de las muestras de la mayoría de los estudios es inadecuado para detectar cualquier cambio significativo en dicho índice.

La mayor parte de los estudios revisados no documentan las características completas de los trabajadores comunitarios de la salud que han sido utilizados. Registrar datos como el nivel y la cantidad de supervisión proporcionada a estos trabajadores podría haber ayudado a definir la relevancia de este factor y su vinculación con otros resultados. Por lo tanto, es de suma importancia contar con investigación adicional a una escala apropiada y con descripciones detalladas de la intervención de cada componente.

Bibliografía

Azad K, Barnett S, Banerjee B, Shaha S, Khan K, Rega A R, Barua S, Flatman D, Pagel C, Prost A & Costello A (2010), ‘The effect of scaling up women’s groups on birth outcomes in three rural districts of Bangladesh: a cluster randomized controlled trial’, *Lancet*, 375, 1193-1202. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60142-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60142-0/abstract)

Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy HM & Deshmukh MD (2005a), ‘Reduced incidence of neonatal morbidities: effect of home-based neonatal care in rural Gadchiroli, India Management of birth asphyxia in home deliveries in rural Gadchiroli: the effect of two types of birth attendants and of resuscitating with mouth-to-mouth, tube mask or bag-mask’, *Journal of Perinatology*, 25, S82-S91. Available at: <http://www.nature.com/jp/journal/v25/n1s/full/7211275a.html>

Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH & Deshmukh MD (1999), ‘Effect of home based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India’, *Lancet*, 354, 1955-61. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10622298>

Baqui A H, El-Arifeen S, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji, HR, Mannan I, Rahman, SM, Shah R, Saha SK, Syed U, Winch PJ, Lefevre A, Santosham M & Black RE (2008), ‘Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomized controlled trial’, *Lancet*, 371, 1936-44. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18539225>

Bhutta ZA, Ali S, Cousens S, Ali TM, Haider BA, Rizvi A, et al. (2008a), ‘Alma-Ata: Rebirth and revision 6 interventions to address maternal, newborn, and child survival: What difference can integrated primary health care strategies make?’, *Lancet*, 372 (9642), 972-989. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18790320>

Bhutta ZA, Memon ZA, Soofi S, Salat MS, Cousens S and Martines J (2008b), ‘Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan’, *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 452-9. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-045849.pdf>

Bhutta ZA, (2010), ‘Save Newborn Lives, Hala Upscale Project’ [Unpublished].

Briggs CJ, & Garner P (2006), ‘Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery’, *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2) (2), CD003318. Available at: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003318.html>

Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N and De-Bernis L (2005) for the Lancet Neonatal Survival Steering Team, ‘Evidence-based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save?’, *Lancet*, 365, 977-88. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15767001>

Darmstadt GL, Kumar V, Yadav R, Singh V, Singh P, Mohanty S, Baqui Ah, Bharti N, Gupta S, Misra Rp, Awasthi S, Singh Jv, Santosham M & Group, SS (2006), ‘Introduction of community based skin to skin care in rural Uttar Pradesh, India’, *Journal of Perinatology*, 26, 597-604. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16915302>

Jackson J & Jackson-Carroll L (1987), 'The social significance of routine health behavior in Tamang daily life', *Social Science and Medicine* 38, 999-1010. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8202747>

Kumar V, Mohanty S, Kumar A, Misra RP, Santosham M, Awasthi S, Baqui AH, Sing P, Singh V, Ahuja RC, Singh JV, Malik GK, Ahmed S, Black RE, Bhandari M and GL, D. (2008), 'Effect of community based behaviours change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomized controlled trial', *Lancet*, 372, 1151-62. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18926277>

Kruk ME, Galea S, Prescott M, & Freedman LP (2007), 'Health care financing and utilization of maternal health services in developing countries', *Health Policy and Planning*, 22 (5), 303- 310. Retrieved from: <http://heapol.oxfordjournals.org.proxy.lib.sfu.ca/cgi/content/abstract/22/5/303>

Lassi ZS, Haider BA and Bhutta ZA (2010) 'Community-Based Intervention Packages for Preventing Maternal Morbidity and Mortality and Improving Neonatal Outcomes,' *3ie Synthetic Review 005*, Delhi: 3ie, available at: http://www.3ieimpact.org/admin/pdfs_synthetic2/SR_005- Bhutta on child mortality.pdf

Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM, Tamang S, Thapa S, Shrestha D, Thapa B, Shrestha JR, Wade A, Borghi J, Standing H, Manandhar M, Costello AML & members of the MIRA Makwanpur trial team. (2004), 'Effect of participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster randomized control trial', *Lancet*, 364, 970-79.

Mesko N, Osrin D, Tamang S, Shrestha BP, Manandhar DS, Manandhar M, Standing H & Amdl, C (2003), 'Care for perinatal illness in rural Nepal: a descriptive study with crosssectional and qualitative components', *BMC International Health and Human Rights* 3.

Morgan LM (2001), 'Community Participation in Health: Perpetual allure, persistent challenge', *Health Policy and Planning*, 16, 221 - 30. Available at: <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/short/16/3/221>

Ray AM & Salihu HM (2004), 'The impact of Maternal Mortality interventions using Traditional Birth Attendants and Village Midwives', *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 24, 5-11.

Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14675972>

Sibley LM, Sipe TA, Brown CM, Diallo MM, Mcnatt K and Habarta N (2007), 'Traditional birth attendant training for improving health behaviors and pregnancy outcomes', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Available at: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab005460.html>

Smith KV, and Sulzbach S (2008), 'Community-based health insurance and access to maternal health services: Evidence from three West African countries', *Social Science & Medicine*, 66(12), 2460-2473. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VBF-4S4BK25-1/2/45e4cf3eec5168574c97fc33900985b8>

Syed U, Asiruddin S, Helal Si, M. I. & Murray J (2006), 'Immediate and early postnatal care for mothers and newborns in rural Bangladesh', *Journal of Health, Nutrition and Population*, 24, 508-18. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17591348>

UNFPA. (2008), 'A Thematic Fund for Maternal Health. Accelerating progress towards Millennium Development Goals 5', New York: UNFPA.

Retrieved from: http://www.unfpa.org/upload/lib_public_file/753_filename_thematic_fund.pdf



International Initiative for Impact Evaluation (3ie) es una ONG internacional que brinda subvenciones para la promoción de programas y políticas de desarrollo basadas en evidencias. Somos líderes mundiales en financiamiento y producción de evidencia de alta calidad sobre aquellas iniciativas que sí funcionan, cómo funcionan, por qué funcionan y a qué costo. Creemos que contar con evidencia mejorada y pertinente a cada política hará que el desarrollo sea más eficaz y mejorará la vida de las personas.



Este resumen ha sido traducido del inglés al español por cortesía de CAF – banco de desarrollo de América Latina, un importante miembro de 3ie. CAF y 3ie se disculpan de antemano por cualquier posible discrepancia en el texto.

Reconocimientos

Este informe fue elaborado por Radhika Menon -con aportes de Zulfiqar Bhutta y Howard White- y editado por Christelle Chapoy.

© 3ie, 2010: los informes EQ son publicados por International Initiative for Impact Evaluation 3ie y se trata de trabajos en curso. Agradecemos sus comentarios y sugerencias para futuros informes y estudios adicionales a incluir en nuevos EQ.

Informe EQ Número 14 de 3ie. Junio de 2010.

www.3ieimpact.org

Para obtener más información y actualizaciones, escriba a 3ie@3ieimpact.org

@3ieNews

/3ieimpact

/3ievideos

international-initiative-for-impact-evaluation